

Morgenstern, Anja

Umzug in ein Altersheim als kritisches Lebensereignis im Alter.

Aufgaben und Herausforderungen für Soziale Arbeit.

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2010

Morgenstern, Anja

Umzug in ein Altersheim als kritisches Lebensereignis im Alter.
Aufgaben und Herausforderungen für Soziale Arbeit.

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2010

Erstprüfer: Häußler-Sczepan, Monika, Prof. Dr. phil., M. A.
Zweitprüfer: Hille, Michel C., Dipl.Soz.arb./Soz.päd.

Bibliographische Beschreibung:

Morgenstern, Anja:

Umzug in ein Altersheim als kritisches Lebensereignis im Alter. Aufgaben und Herausforderungen für Soziale Arbeit. 40 Seiten

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit,
Bachelorarbeit, 2010

Referat:

Die häufigste Wohnform alter Menschen ist der Privathaushalt. Kommt es zum Umzug in ein Altersheim, dann stellt dieser überwiegend ein kritisches Lebensereignis dar. Diese Bachelorarbeit befasst sich mit der Thematik des Umzuges in ein Altersheim, der Bedeutung dieses Schrittes für die Betagten und verdeutlicht Aufgaben und Herausforderungen, die sich für die Soziale Arbeit daraus ergeben.

Alle Darlegungen basieren auf einer Literaturrecherche.

Sprachregelung:

**„Der/die
Referent/In ist
für den/die
Zuhörer/In da
und nicht
der/die
Zuhörer/In für
den/die
Referent/en/In!“**

(Prof. Steiger, ETH Zürich)

Professor Steiger von der ETH Zürich beginnt seine Vorlesungen mit einer Folie, die das oben stehende Zitat zeigt. Aussagen will er damit, dass er nicht alles verdoppeln kann.

Auch ich bin der Meinung, dass es nicht der sprachlichen Ästhetik – also der Klarheit und Lesbarkeit – entspricht, wenn stets die weibliche, wie auch die männliche Personenbeschreibung gleichzeitig gebraucht werden. Für diese Arbeit gilt: Die Nennung der männlichen Personenbeschreibung beinhaltet immer auch die weibliche Form und umgekehrt.

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Persönliche Motivation zur Themenwahl dieser Arbeit.....	1
1.2	Beschreibung des Themas und Vorgehen	2
2	Alt sein.....	3
2.1	Definition Alter.....	3
2.2	Altersbilder	5
2.3	Alt sein heute	6
2.3.1	Finanzielle Situation.....	6
2.3.2	Gesundheitliche Situation	7
2.3.3	Wohnsituation	9
2.3.4	Familie und Generationenbeziehungen.....	9
3	Wohnen im Alter – Wohnformen.....	11
3.1	Privathaushalt	11
3.2	Betreutes Wohnen	12
3.3	Alten- und Seniorenwohnheime – stationäre Pflege	13
3.4	Alternative Wohnformen – Mehrgenerationenhäuser und Senioren-WGs.....	14
4	Leben im Privathaushalt.....	16
4.1	Bedeutung des Privathaushaltes	16
4.2	Vor- und Nachteile des Privathaushaltes	17
4.3	Erwartungen an die Angehörigen und Grenzen des Leistbaren	19
4.4	Ambulante Dienste, andere entlastende Hilfen und deren Grenzen	21
5	Umzug in ein Altersheim	23
5.1	Objektive und subjektive Gründe des Umzuges.....	23
5.2	Der Umzug als kritisches Lebensereignis	24
5.2.1	Angst als Reaktion auf den Heimeinzug.....	25
5.2.2	Bewältigungsstrategien der alten Menschen.....	26
5.3	Das Altersheim.....	28
5.3.1	Das Altersheim als soziale Organisation	29
5.3.2	Das Altersheim als „totale Institution“	30
6	Aufgaben und Anforderungen an die Soziale Arbeit.....	31
6.1	Sozialarbeit mit alten Menschen vor dem Umzug in ein Altersheim	32
6.1.1	Methodische Anforderungen an die Betreuung vor dem Umzug	33
6.1.2	Hilfestellungen in Pflegesituationen durch die Soziale Arbeit	34
6.2	Sozialarbeit mit alten Menschen im Altersheim	35

6.2.1	Mitarbeiterbezogene Aufgaben der Sozialarbeit in Altersheimen	36
6.2.2	Sozialarbeit mit Angehörigen der Heimbewohner	37
7	Herausforderungen für die Soziale Arbeit.....	37
7.1	Umfassende Informationen, Biographiearbeit und Selbstbestimmung	38
7.2	Förderung des Zusammenwirkens von Pflegepersonal und Angehörigen.....	39
7.3	Abschließende Würdigung.....	39
	Literatur- und Quellenverzeichnis	41
	Erklärung zur selbständigen Anfertigung der Arbeit	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Merkmale institutionalisierter Wohnformen	13
--	----

1 Einleitung

Wurde ein Mensch beispielsweise im antiken Athen recht alt – 50-Jährige galten bereits als alt –, grenzte ihn die Gesellschaft aus. In Zeiten, wie der unseren, finden Miss-Wahlen für Seniorinnen statt. So wurde im Jahr 2003 eine 79-Jährige zur „Miss Senior Berlin“ gewählt. Aber dennoch verbinden wir auch heutzutage das Alter nicht generell mit positiven Bildern. Denken wir darüber nach, fallen uns auch negative Seiten ein, wie Krankheit, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, Vereinsamung und Abhängigkeit sowie das Wohnen in Alten- und Pflegeeinrichtungen. Aus diesem Blickwinkel ist das Alter eher eine persönliche, wie auch gesellschaftliche Belastung (vgl. Tews 1994, S. 30). Die Gruppe der älteren und alten Menschen wurde bereits in den vergangenen Jahrzehnten stetig größer und dieses Wachstum wird auch in Zukunft anhalten.

„Im Jahr 2060 wird dann jeder Dritte mindestens 65 Lebensjahre durchlebt haben – jeder Siebente wird sogar 80 Jahre oder älter sein“

(Roderich Egeler, Präsident des Statistischen Bundesamtes, 2009)

Die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung ergab, dass heute noch etwa 82 Millionen Menschen in Deutschland leben. Im Jahr 2060 sind es voraussichtlich noch 65 bis 70 Millionen und es wird zu erheblichen Veränderungen in der Altersstruktur unserer Bevölkerung kommen. Momentan sind 20% der Bevölkerung 65 Jahre oder älter und schon in den folgenden beiden Jahrzehnten wird der Anteil der älteren Menschen deutlich steigen (vgl. Deutsches Statistisches Bundesamt 2009). „Die Alten“ sind als ein bedeutender Teil unserer Gesellschaft zu betrachten. Sie sind in vielerlei Hinsicht bedeutsam: als Menschen von deren Lebenserfahrung wir lernen können; als Menschen, die Hilfeleistungen in ihren Familien erbringen oder auch als Menschen, die sich ehrenamtlich engagieren. Aber die Veränderung der Altersstruktur führt auch dahin, dass es mehr Menschen geben wird, die sich mit dem Umzug in ein Altersheim auseinandersetzen werden oder müssen.

1.1 Persönliche Motivation zur Themenwahl dieser Arbeit

Mein Interesse zum Thema dieser Arbeit begleitet mich, seit ich im vierten Semester im Sozialdienst der Geriatrischen Reha-Klinik der Klinikum Chemnitz gGmbH mein Praktikum absolvierte (Oktober 2008 bis Januar 2009). Dort kam es häufig vor, dass Patienten nicht wieder in ihre Häuslichkeit zurückkehren konn-

ten, sondern anschließend direkt in eine stationäre Pflegeeinrichtung umzogen. Die Umstellung auf die komplett neue Situation und die Anpassungsleistung, die die Betagten erbringen müssen, beschäftigten mich dabei besonders. Überdies war im Rahmen des Modules „Regional- und Sozialraum“ bei Prof. Dr. Beetz (fünftes Semester) eine Prüfungsleistung in Form einer Belegarbeit zu erbringen. Mein Kommilitone Andreas Köhler-Born¹ und ich entschieden uns dafür, alte Menschen als Gegenstand unserer Betrachtung zu wählen. In unserer Untersuchung ging es um Faktoren, die beeinflussend darauf wirken, ob ältere und alte Menschen nach einem Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalt nach Hause zurückkehren oder in eine Pflegeeinrichtung umziehen.

Sowohl meine Praktikumserfahrungen, wie auch die Beschäftigung mit dem Thema der Belegarbeit zeigten mir, in welcher bedeutenden Lebensphase sich alte Menschen befinden, wenn sie in ein Altersheim umziehen. So kam ich zu dem Entschluss, dies zum Gegenstand meiner Bachelorarbeit zu machen.

1.2 Beschreibung des Themas und Vorgehen

Das Ziel der Arbeit besteht darin, aufzuzeigen welche Bedeutung der Umzug in ein Altersheim für ältere und alte Menschen hat und was ihn zum kritischen Lebensereignis macht. Daraus sollen Aufgaben und Herausforderungen für die Soziale Arbeit abgeleitet werden.

Um einen Einstieg in das Thema zu erhalten werde ich zunächst das „Alt sein“ anhand von Definitionen und Altersbildern sowie der aktuellen Situation beleuchten. Folgend gehe ich auf mögliche Wohnformen ein und besonders auf den Privathaushalt, da er die häufigste Wohnform alter Menschen darstellt. Danach bearbeite ich das Thema des Umzuges in ein Altersheim. Dabei betrachte ich sowohl die Perspektive der Klienten, wie auch das Heim als Organisation und Institution. Schließlich komme ich zu Aufgaben und Anforderungen, die der Sozialen Arbeit gestellt werden und welchen Herausforderungen sie sich gegenüber sieht.

Ich habe aus der Vielfalt von Literatur zum Thema Alter sowie Sozialer Arbeit geschöpft. Hervorgehobene Zitate sollen Abschnitte einleiten und/oder zum Nachdenken anregen.

¹ An dieser Stelle möchte ich auch auf die Bachelorarbeit meines Kommilitonen Andreas Köhler-Born hinweisen. Er behandelt in dieser folgendes Thema: *„Aufbau und Veränderungen familialer Unterstützungsnetze älterer und alter Menschen und sich daraus ableitende Herausforderungen für Soziale Arbeit.“* Die darin angeführten Betrachtungen und Erkenntnisse halte ich für eine interessante Ergänzung zur Themenstellung der hier vorliegenden Arbeit.

2 Alt sein

Zunächst ist es wichtig, eine Vorstellung davon zu erhalten, was Alter ist, also wie es definiert wird und welche Vorstellungen davon in der Gesellschaft existieren. Es stellt sich die Frage, ob es eine klare Definition des Alters gibt oder ob es vielmehr verschiedene gesellschaftliche konstruierte Bilder sind, über die wir ältere und alte Menschen versuchen zu definieren.

2.1 Definition Alter

„Was ist eigentlich alt? Was ist jung? Jung, wo die Zukunft vorwaltet. Alt, wo die Vergangenheit die Übermacht hat.“ (Novalis, 1772 - 1801)

Klar festzustellen ist, dass das Alter nicht eindeutig definierbar, sondern vielmehr eine gesellschaftliche Konstruktion ist. Die Bestimmung dieses Begriffs ist stets abhängig von der Sichtweise der jeweiligen Disziplin, von der aus die Deutung erfolgen soll. Dennoch möchte ich hier einige Definitionsmöglichkeiten darlegen und dann eine Festlegung für die vorliegende Arbeit treffen.

„Für den menschlichen Lebenslauf wird gewöhnlich zwischen biologischem, psychischem und sozialem Alter unterschieden. *Biologisches Alter* bezeichnet die Entwicklungsstadien des Organismus zwischen Geburt und Tod, *psychisches Alter* diejenigen des personalen Systems, *soziales Alter* den Ort der Person im gesellschaftlich gegliederten Lebenslauf, d. h. ihre Zugehörigkeit zu einer der gesellschaftlich abgegrenzten Altersphasen und Altersgruppen“ (Schäfers/Zapf 2001, S. 1). In anderer einschlägiger Literatur sind oft, neben den drei genannten Perspektiven, weitere Definitionen zu finden, wie beispielsweise das „kalendari-sche Alter“, das „administrative Alter“, das „rechtliche Alter“, das „geistige Alter“ oder auch das „religiöse Alter“.

Bei Schroeter und Prahel heißt es: „Einigkeit besteht darüber, die Menschen ab dem 100. Lebensjahr als *Langlebige* und jene zwischen 80 und 100 Jahren als *Hochbetagte* zu bezeichnen. Mitunter werden Menschen zwischen 75 und 90 Jahren als die ‚Alten‘ (Manchmal auch als die ‚alten Alten‘) bezeichnet, während für die 60- bis 75-Jährigen die Bezeichnungen ‚neue Alte‘ oder ‚junge Alte‘ verwendet werden. Gelegentlich werden mit dem Etikett ‚junge Alte‘ aber auch jene Gruppen gemeint, die durch Invalidität, Frühverrentung oder Vorruhestand vor-

zeitig aus dem Arbeitsleben ausscheiden mussten“ (Schroeter/Prahl 1999, S. 45).

Definitionen für Alter können demnach auf unterschiedliche Weise unternommen werden, jedoch ist es immer abhängig vom jeweiligen Beziehungsaspekt und dem zu Bezeichnenden, was nun als „alt“ charakterisiert wird. Denken wir zum Beispiel an ein altes Möbelstück oder einen alten Cognac, dann haben diese sicher einen hohen Preis und werden mit Respekt betrachtet, ein altes Kleidungsstück dagegen findet wenig Beachtung in unseren Schränken und wandert früher oder später in den Müll. Mit dem Alter sind somit Stereotype verbunden, die sich aber im Laufe der Zeit ändern können und Moden unterliegen. Festzuhalten bleibt, dass die Definition von Alter ein gesellschaftliches Konstrukt ist, welches freilich nicht völlig beliebig ist, aber dennoch keine festgelegten Grenzen aufweist, an denen „Alt sein“ beginnt (vgl. ebd. 1999, S. 45 – 46). Um den Status alter Menschen in unserer Gesellschaft zu verdeutlichen, bietet sich ein genauerer Blick auf die Bilder und Stereotype (Gliederungspunkt 2.2) von „den Alten“ an.

Wie sollen nun „die Alten“ oder „das Alter“ in der vorliegenden Arbeit abgegrenzt werden, besonders dann, wenn es um die Gruppe derer geht, die in ein Altersheim umziehen? Das Durchschnittsalter in Alten- und Pflegeheimen liegt zumeist um die 86 Jahre. Demnach sollte, laut vorangegangener Definition, im weiteren Verlauf der Darlegungen wohl von „Hochbetagten“ gesprochen werden. Sicherlich ist es richtig, dass das Durchschnittsalter zwischen 80 und 90 Jahren liegt, persönliche Erfahrungen bringen mich jedoch dazu, diesem Schema in dieser Arbeit nicht zu folgen. Auch Menschen, die jüngeren Altersgruppen zuzuordnen wären, sind in Alten- und Pflegeheimen anzutreffen und somit auch zu berücksichtigen² (vgl. auch Reimann 1994, S. 148). Folgend werden deshalb, um der Altersbandbreite gerecht zu werden, verschiedene Begriffe gebraucht³.

² Meine persönlichen Erfahrungen möchte ich damit belegen, dass ich während des Praktikums in der Geriatrischen Reha-Klinik Menschen kennenlernte, die unter 65 Jahre alt waren und in eine stationäre Pflegeeinrichtung umzogen und auch meine Großmutter hatte bei ihrem Umzug das 65. Lebensjahr noch nicht erreicht.

³ Ältere, Alte, Betagte, Hochbetagte u. ä.

2.2 Altersbilder

„Altern heißt, sich in zunehmendem Maße überflüssig zu machen.“

(Hellmut Walters, 1930 - 1985)

Zur Bestimmung des Begriffes sagt Schmitz-Scherzer: „Altersbilder sind ‚bildhafte Vorstellungen‘, die in vereinfachter Form Informationen, Meinungen und Vorstellungen über alte Menschen vermitteln, die sich in einer Kultur zu einer bestimmten Zeit vorfinden und die sich meist auf alle Lebensbereiche beziehen“ (zit. n. Backes/Clemens 1998, S. 56). Zu damit verbundenen Klischeevorstellungen äußert sich Niederfranke wie folgt: „Um Altersstereotype handelt es sich, wenn Menschen aufgrund ihres Lebensalters bestimmte Eigenschaften, Verhaltens- und Rollenerwartungen zugeschrieben werden, ohne die betreffenden Personen genauer nach ihren Wahrnehmungen, Bewertungen und konkreten Verhaltensweisen zu betrachten“ (zit. n. ebd., S. 56).

Bei Backes und Clemens ist nachzulesen, dass wir mit Altersbildern „typische“ Vorstellungen zur Entwicklung des Alters oder alternder Menschen verbinden, wie beispielsweise nachlassende Leistungsfähigkeit, eingeschränkte Gesundheit oder auch Vergesslichkeit. Derartige Vorstellungen entwickeln sich weiter zu Stereotypen, wenn älteren und alten Menschen diese und andere Eigenschaften generell zugeschrieben werden, ohne dass Unterschiede von Mensch zu Mensch wahrgenommen und berücksichtigt werden. Studien belegen allerdings, dass die Gruppe der älteren und alten Menschen differenziertere Wahrnehmungen bezüglich des Alters hat. Diese stellen positive Seiten, wie zum Beispiel mehr Freiheiten, Freizeit und Unabhängigkeit, negativen Seiten, wie eingeschränkte Gesundheit und Aktivität sowie Einsamkeit und Abhängigkeit, gegenüber. Weiterhin ist auffällig, dass Einschätzungen, wann ein Mensch als alt angesehen wird, abhängig von dessen Geschlecht sind. Demnach werden Frauen früher als alt bezeichnet, als Männer (vgl. Backes/Clemens 1998, S. 57).

Wie werden aber Bilder und Stereotype über das Alter verbreitet? Heute geschieht dies über die Medien und Werbung, dort werden allerdings lediglich einige Formen dargestellt. Vor allem die Vielfalt des Alters wird kaum abgebildet. Zum einen sehen wir das Bild der „jungen Alten“ oder auch der „neuen Alten“, welches dominant in der Werbung verbreitet wird. Dort werden Ältere und Alte als fit, unbeschwert und auch attraktiv beschrieben. Dieses Muster entspricht allerdings nicht der realen Mehrheit, sondern ist klar als Minderheit zu benennen.

Zum anderen werden die Alten und Älteren in den Nachrichten als Opfer, Kranke sowie Sterbende gezeigt und in Zeitschriften liegen die Schwerpunkte beispielsweise auf der Versorgung in Alten- und Pflegeheimen (vgl. ebd., S. 58).

Zusammenfassend ist zu den Altersbildern zu sagen, dass sich Vorstellungen über ältere Menschen stark zwischen einem generellen und einem selbstbezogenen Bild unterscheiden. Medien zeigen polarisierte Darstellungen, die entweder ein positives Bild für gesunde und aktive ältere und alte Menschen oder ein negatives für Kranke und Pflegebedürftige offenbaren. Dagegen ist der persönliche Blick - also das Selbstbild - derjenigen, die diesen gesellschaftlichen Bildern unterliegen, doch noch differenzierter. Allerdings muss auch hier festgehalten werden, dass Fremdbilder die Selbstbilder alter Menschen stark beeinflussen. So werden ausgewählte positive, wie auch negative Teile aus Fremdbildern in das Selbstbild aufgenommen und verstärken dieses (vgl. ebd., S. 58).

2.3 Alt sein heute

Heute kann jeder Mensch davon ausgehen, alt zu werden und nicht in frühen Lebensjahren zu versterben. Das Alter ist damit zu einer Lebensphase geworden, die mehr oder weniger planbar und gestaltbar ist. Allgemein lässt sich sagen, dass heute viele alte Menschen unter besseren Voraussetzungen und Bedingungen leben, als noch Generationen vor ihnen. Um zu veranschaulichen, wie das Alt sein heute aussieht, sollen folgend die finanzielle Lage, die gesundheitliche Situation, die Wohnsituation sowie Familie und Generationenbeziehungen älterer und alter Menschen dargelegt werden.

2.3.1 Finanzielle Situation

Der Alterssurvey aus dem Jahr 2002 sagt aus, dass die Einkommenssituation älterer und hochbetagter Menschen im Allgemeinen gut ist. Durchschnittlich ist also die finanzielle Lage nicht bedenklich, jedoch gibt es auch bei diesen Altersgruppen Unterschiede bezüglich des Einkommens und Vermögens. Ein sehr niedriges Einkommen im Vergleich zum Durchschnitt zeigt sich bei einzelnen Bevölkerungsgruppen, wenn das Geschlecht oder auch die geographische Herkunft berücksichtigt werden. Problematische Entwicklungen sind vor allem bei älteren ostdeutschen Frauen zu verzeichnen (vgl. DZA 2002a, S. 1 - 2). Zudem hebt der Vierte Altenbericht hervor, dass die Einkommenssituation *alleinstehen-*

der Rentenempfängerinnen im Alter von 80 Jahren oder mehr vergleichsweise schlecht ist. Deren zur Verfügung stehendes Einkommen liegt in Westdeutschland ein Viertel und in Ostdeutschland ein Drittel unter dem jeweiligen durchschnittlichen Vergleichseinkommen und zudem auch deutlich unter dem Einkommen von Männern in dieser Altersgruppe. Überdies erwähnt der Vierte Altenbericht, dass hochaltrige Frauen wenig Vermögen besitzen und dabei ein Zehntel der Frauen ab 70 Jahre keinerlei Ersparnisse hat. Hilfen zum Lebensunterhalt durch das Sozialamt nehmen, nach Aussagen des Vierten Altenberichtes, nur wenige derjenigen in Anspruch, die aufgrund ihrer geringen finanziellen Mittel eigentlich anspruchsberechtigt wären. Insbesondere in den Fällen, in denen eine Heimunterbringung notwendig wird, sind dann Hochaltrige auf zusätzliche Sozialleistungen angewiesen. Die eigenen Mittel und die Leistungen der Pflegeversicherung reichen bei einem Drittel der Pflegebedürftigen nicht aus, um den Heimaufenthalt zu finanzieren. Weiterhin lässt sich feststellen, dass Hochaltrige einen beträchtlichen Teil ihres Einkommens zur Bewältigung ihrer Wohnkosten aufbringen und auch Kosten für Gesundheitspflege und Dienstleistungen, wie zum Beispiel die Versorgung durch Haushaltshilfen oder ambulante Pflegedienste, steigen mit dem Alter. Demgegenüber geben sie kaum Geld für Bekleidung, Unterhaltung oder auch die Fortbewegung mit öffentlichen Verkehrsmitteln aus (vgl. Heinemann 2002, S. 2 - 3).

Zusammenfassend kann hier gesagt werden, dass die materielle beziehungsweise finanzielle Situation älterer und alter Menschen als gut bewertet werden kann, jedoch auch im Alter soziale Ungleichheiten bestehen. Außerdem existieren Einkommens- und Vermögensunterschiede im Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland sowie zwischen Männern und Frauen.

2.3.2 Gesundheitliche Situation

Altern bedeutet nicht, dass dieser Vorgang auch stets in Verbindung mit Krankheit abläuft. Allerdings steigt die Wahrscheinlichkeit, dass betagte Menschen an mehreren Krankheiten (Multimorbidität) und nachlassender Funktionsfähigkeit leiden. Bezüglich der gesundheitlichen Situation trifft der Alterssurvey folgende Aussagen: Verschlechterungen des Gesundheitszustandes bedeuten zumeist, dass die Bewegungsfähigkeit sowie das Sehen und Hören nachlassen und auch Gedächtnisschwächen auftreten. Außerdem hat sich die Bandbreite von akuten hin zu chronischen Erkrankungen (Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems,

der Gelenke, des Magen-Darm-Systems sowie Augenleiden, Diabetes mellitus u. a.) entwickelt, wobei chronische körperliche Krankheiten auch mit steigendem Alter zunehmen. Besonders nennenswert sind bei Hochbetagten Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Störungen des Bewegungsapparates. Multimorbidität bringt auch ein höheres Unfallrisiko mit sich, was zusätzlich die Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung beeinflusst. Außerdem stellt der Alterssurvey fest, dass Funktionseinbußen mit steigendem Alter zunehmen: Probleme bei der Bewältigung anstrengender Aktivitäten, Beweglichkeitseinschränkungen beim Beugen, Bücken und Knien sowie Schwierigkeiten beim Baden und Anziehen⁴. Von Mobilitäts- und Funktionseinbußen sind Frauen in stärkerem Maße berührt als Männer, was mit steigendem Alter zunimmt. Männer sind häufiger von Krankheiten mit tödlichem Ausgang betroffen und Frauen haben dagegen eine längere Lebenserwartung, die oft chronische Erkrankungen mit sich bringt. Im Hinblick auf die Inanspruchnahme medizinischer Vorsorge stellt der Alterssurvey fest, dass mit steigendem Alter Personen mindestens ein Mal jährlich zum Arzt gehen – sowohl allgemeinmedizinisch, wie auch fachärztlich. Die Nutzung der zahnmedizinischen Vorsorge zeigt allerdings ein anderes Bild und es stellt sich in diesem Bereich eine Unterversorgung heraus. Weiterhin ist anzumerken, dass andere Formen der gesundheitlichen Vorsorgen, wie zum Beispiel Kuren, Rehabilitationen oder Krankengymnastik, trotz der im Alter steigenden Erkrankungen, nicht zunehmen (vgl. DZA 2002b, S. 1 - 4). Zur Anwendung von Medikamenten sagt der Vierte Altenbericht: Erkrankungen im Alter sind zumeist begleitet von der häufigen Anwendung von Arzneimitteln, wobei fehlerhafte Medikationen und auch Übermedikationen vorkommen (vgl. Heinemann 2002, S. 5 - 6).

Auch auf das Demenzrisiko soll an dieser Stelle eingegangen werden: Besonders in hohem Alter sind Wahrnehmungs-, Erinnerungs- und Denkfähigkeitsbeeinträchtigungen zu verzeichnen und aufgrund der Zunahme der älteren und alten Menschen in den nächsten Jahrzehnten, ist auch mit einem Anstieg der Zahl der Demenzkranken zu rechnen. Der Vierte Altenbericht sagt voraus, dass die Zahl der Demenzkranken bis zum Jahr 2020 fast 1,4 Millionen Menschen betragen kann und bis zum Jahr 2050 dann mehr als 2 Millionen. Folgen von Demenz sind wesentliche Veränderungen der Persönlichkeit. Die Betroffenen erleiden starke Einschränkungen in der selbständigen Lebensführung und sind besonders auf die Hilfe und Pflege anderer Menschen angewiesen. Neben dem fortschreiten-

⁴ Hier handelt es sich um Menschen, die in Privathaushalten leben. Personen, die in Heimen leben, sind nicht berücksichtigt und würden die Gruppe derer mit Funktionseinbußen beträchtlich erhöhen.

den Verlust geistiger Funktionen treten auch psychische Auffälligkeiten auf, wie Depressionen, Schlafstörungen, Ängste, Wahnvorstellungen und auch Aggressionen. Hinzu kommt weiterhin, dass Betroffene unfähig werden, Hunger, Durst, Schmerz und die Notwendigkeit von Toilettengängen wahrzunehmen oder zu interpretieren. Bezüglich des bedeutenden Themas der Demenzerkrankungen hebt der Vierte Altenbericht auch hervor, wie erheblich die Belastungen für Betreuende und pflegende Angehörig sind, da auch beispielsweise unterstützende Maßnahmen durch ambulante Dienste begrenzt sind (vgl. Heinemann 2002, S. 6 – 7).

Zur gesundheitlichen Situation ist zusammenfassend zu sagen, dass Erkrankungen im Alter nicht grundsätzlich bei jedem Menschen zunehmen, aber dennoch ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch. Einschränkungen der Gesundheit können vor allem im Alter die selbständige Lebensführung negativ beeinflussen und besonders die zunehmenden Demenzerkrankungen verstärken diese Entwicklung.

2.3.3 Wohnsituation

Über die Wohnsituation sagt der Vierte Altenbericht aus, dass ein besonders großes Risiko für Hochaltrige in unzureichenden Wohnbedingungen liegt, die nicht an eventuelle körperliche Einschränkungen angepasst sind. Gerade im Falle von Mobilitätseinschränkungen oder bei Hilfs- und Pflegebedarf ist die Wohnsituation ein bestimmender Faktor für die Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung. Allerdings zeigt die Realität, dass Maßnahmen zur Anpassung des Wohnraumes nicht vorbeugend stattfinden, sondern erst dann durchgeführt werden, wenn bereits gravierende Probleme bei der Alltagsbewältigung vorhanden sind. Als überaus bedeutsam erweisen sich aber, laut Viertem Altenbericht, entsprechende Wohnbedingungen, da mit voranschreitendem Alter soziale Hilfsnetze in der Regel ebenfalls schrumpfen (vgl. Heinemann 2002, S. 3 – 4).

2.3.4 Familie und Generationenbeziehungen

Generell kann gesagt werden, dass über alle Altersgruppen hinweg die durchschnittliche Kinderzahl sinkt. In Anbetracht dieser Entwicklung werden auch die familialen Netzwerke zukünftig schrumpfen. Der Alterssurvey erwähnt außerdem, dass nur wenige Menschen mit ihren betagten oder auch hochbetagten Eltern zusammenleben und noch weniger existieren Dreigenerationenhaushalte, in de-

nen auch die Enkel leben. Vielmehr wohnt ein sehr großer Teil alter Menschen mit dem Lebenspartner zusammen oder allein - Eingenerationenhaushalte sind somit keine Seltenheit. Die Kontakte zwischen Familienmitgliedern finden viel weniger im unmittelbaren Zusammenleben und Wirtschaften innerhalb eines Haushaltes statt und diese Entwicklung wird sich fortsetzen. Der Alterssurvey sagt jedoch auch aus, dass Bindungen zwischen Eltern und Kindern sehr stark sind und die Familie nach wie vor eine zentrale Bedeutung hat. Gerade bei älteren und alten Menschen leben Kinder zum Großteil zumindest in der Nähe und es finden regelmäßig Kontakte statt – telefonisch und auch persönlich (vgl. DZA 2002c, S. 1 - 5).

Die Entwicklung in Richtung der Eingenerationenhaushalte bzw. die Tatsache, dass Familiengenerationen nur noch sehr selten einen gemeinsamen Haushalt führen oder zumindest in einem Haus leben, sind allerdings keineswegs Anzeichen dafür, dass die Beziehungen zwischen den Generationen schlecht sind. „Schon in den 60er Jahren wurde das Verhältnis der älteren Menschen zu ihren Kindern mit dem Ausdruck *Intimität auf Abstand* bzw. mit *innerer Nähe durch äußere Distanz* belegt. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass Eltern und Kinder in den meisten Fällen nicht in einem Haus unter einem Dach zusammenleben und trotz dieser räumlichen Distanz dennoch gute familiäre Kontakte pflegen. Derartige Wohnverhältnisse entsprechen sehr wohl den Wünschen der Älteren. [...] Dass ältere Menschen nicht mehr mit ihren Kindern unter einem Dach leben wollen und dass die Drei-Generationen-Familie zunehmend an Bedeutung verliert, heißt jedoch nicht, dass die älteren Menschen isoliert werden. Die räumliche Ausgliederung aus dem Familienverband ist nicht mit einer sozialen Isolierung der Älteren zu verwechseln“ (Schroeter/Prahl 1999, S. 96).

Weiterhin führen Schroeter und Prahl an, dass die Familie durchaus den Kern der Interaktionen für betagte Menschen ausmacht, jedoch nicht darauf beschränkt bleiben muss. Die sozialen Netzwerke beziehen sich nicht ausschließlich auf die Angehörigen, sondern auch auf Kontakte zu Freunden, Nachbarn oder auch Vereinsmitgliedern. Außerdem suchen alte Menschen häufig Kontakt zu Gleichaltrigen oder Personen, die ähnliche Entwicklungen durchlaufen und entsprechende Erfahrungen gemacht haben. Solchen sozialen Beziehungen wird auch noch dann große Bedeutung zugemessen, wenn aufgrund verschiedener Einschränkungen häufige Kontakte nachlassen. Es ist also vielmehr so, dass die Güte der Beziehungen weitaus wichtiger für das Wohlbefinden der Menschen ist, als die tatsächliche Anzahl dieser (vgl. Schroeter/Prahl 1999, S. 98).

3 Wohnen im Alter – Wohnformen

„Heimat ist kein Ort, Heimat ist ein Gefühl.“

(Herbert Grönemeyer, dt. Sänger und Schauspieler)

Das Wohnen gehört wohl allgemein zu den wichtigsten Bereichen im Leben eines Menschen und besonders für ältere und alte Menschen ist es eine „zentrale Dimension der Lebenslage“ (Backes/Clemens 1998, S. 208). Es hat grundlegende Auswirkungen auf ihre Integration und ihr Wohlergehen. „Dem alten Menschen bietet sich eine Vielfalt an zur Verfügung stehenden Wohnformen, deren Infragekommen von individuell variierenden Faktoren abhängt. Zum einen bestimmt der aktuelle und absehbar eintretende Gesundheitszustand den Grad der möglichen Selbstständigkeit und auch die finanziellen Möglichkeiten schränken die Auswahl ein. Zum anderen schließt die persönliche Bereitschaft, sich auf bestimmte Wohnformen einzulassen, bestimmte Institutionen wie Senioren-Wohngemeinschaften aus“ (Gerdau 2007, S. 15). Ausformungen und Möglichkeiten des Wohnens sind sehr zahlreich und zudem in unterschiedlichen Kategorisierungen zu finden. Im Folgenden sollen dennoch mögliche Wohnformen kurz beschrieben werden.

3.1 Privathaushalt

Das Wohnen in einer ganz normalen Wohnung – also im Privathaushalt – ist auch für ältere und alte Menschen die häufigste Wohnform. Die Betrachtung der Haushaltstypen zeigt, dass alte Menschen überwiegend mit ihren Partnern zusammen leben oder aber in Einpersonenhaushalten. Die zweitgenannte Wohnform betrifft zumeist Frauen, die nach dem Tod des Ehemanns allein zurückbleiben.

Wie unter Gliederungspunkt 2.3.3 bereits beschrieben wurde, sind häufig aber auch unzureichende Wohnbedingungen vorzufinden, die eine selbständige Lebensführung betagter und hilfs- und pflegebedürftiger Menschen erschweren. Mit dem Bezug einer altersgerechten Wohnung kann dieser Umstand gemildert werden. Diese Wohnungen zeichnen sich durch eine barrierefreie Bauweise aus, wie beispielsweise angepasste Bäder und Toiletten oder auch Schutz- und Haltevorrichtungen in den Räumen. Dazu kommen einfach zu bedienende Telefonanlagen und bei Bedarf auch Notrufsysteme. Der Umzug in ein altersgerechtes Do-

mizil kann aber auch durch bauliche Veränderungen der bisherigen Wohnung vermieden werden. Neben geeigneten Wohnbedingungen ermöglichen zusätzliche Dienstleitungen alten Menschen den Verbleib in privaten Haushalten. Wichtige Komponenten in diesem Zusammenhang sind ambulante Pflegedienste oder auch Mahlzeitendienste.

Einen wichtigen Stellenwert bei der Unterstützung und der Aufrechterhaltung der eigenen Wohnung spielen nicht zuletzt auch die Angehörigen. Diese sind oft ein entscheidender Faktor, gerade wenn es um die Betreuung pflegebedürftiger Menschen geht, da ambulante Dienste diese Aufgabe allein kaum bewältigen können. Entlastend für pflegende Angehörige können wiederum auch Angebote einer teilstationären Pflege (tags- oder nachtsüber) sein. Mit dieser Form der Betreuung kann betagten Menschen der Umzug in ein Heim erspart werden und zugleich ist es den Angehörigen möglich, ihren (Arbeits-) Alltag fortzuführen und diesen nicht komplett auf die Pflege auszurichten.

3.2 Betreutes Wohnen

Das Betreute Wohnen konnte in den letzten Jahren einen großen Aufschwung verzeichnen. Menschen möchten auch im hohen Alter selbständig bleiben, eine eigene Wohnung haben, aber trotzdem sollen soziale Dienste verfügbar sein, die im Notfall erreichbar sind. Diesen Wünschen entspricht das Betreute Wohnen. Älteren und alten Menschen ist es in entsprechenden Einrichtungen möglich, ein weitestgehend autonomes Leben zu führen und bei Bedarf auf fachgerechte Hilfeleistungen und Sicherheit zurückzugreifen. Vorteile des Lebens im eigenen Haushalt werden mit denen betreuter Einrichtungen kombiniert und dabei gilt stets der Grundsatz, so viel Selbständigkeit wie möglich zu erhalten und so viel Hilfe wie nötig zu leisten. Wohnungen in Einrichtungen des Betreuten Wohnens sind seniorengerecht, eignen sich für eine oder auch zwei Personen und die Ausstattung entspricht den Bedürfnissen der Bewohner. Zusätzlich können die Bewohner, je nach persönlichem Bedarf, auch „Essen auf Rädern“, Einkaufshilfen, Wäscheservice und ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen. Nicht zu vergessen sind auch Gemeinschaftsräume, die allen Bewohnern zur Verfügung stehen, um die Kommunikation und das Zusammenleben zu fördern. Da die Bewohner auch die Kosten für die Gemeinschaftsräume tragen, sind die Mieten in der Regel etwas höher, als vergleichbare ortsübliche Mieten (vgl. Larisch 2009).

3.3 Alten- und Seniorenwohnheime – stationäre Pflege

Heime und heimähnliche Wohnformen werden der stationären Pflege zugeordnet. Auch die Bezeichnung der „institutionalisierten Wohnformen“ ist sehr gebräuchlich. Stationäre Wohneinrichtungen werden allgemein in Altenwohnheime, Altenheime und Altenpflegeheime unterteilt. „Eine Unterscheidung der einzelnen Heimtypen [...] ist einerseits problematisch, weil sie häufig in einer Einrichtung kombiniert vorkommen und sich auch in ihren Funktionen nicht immer klar unterscheiden. So kann z. B. ein (bisheriges) Altenheim die Funktion eines Pflegeheims haben, oder aber auch die eines Wohnheims. Manche Wohnheime können dagegen eher wie ‚Betreutes Wohnen‘ funktionieren. [...] Andererseits ist die Unterteilung trotz dieser Überschneidung notwendig, weil – zumindest prinzipiell – wesentliche Unterschiede in der räumlichen Ausstattung und auch der Personalausstattung bestehen“ (Deutscher Bundestag 1998, S. 124). Bereits im Jahr 1998 sagte der Zweite Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (= Zweiter Altenbericht) aus, dass sich im Laufe der Zeit eine weniger strikte Zuweisung der Funktionen bei diesen Heimtypen entwickelt hat. Dennoch hat die ursprüngliche Einteilung bis heute nicht vollständig ihre Gültigkeit verloren (vgl. ebd., S. 124). Angesichts des Vorhabens, die Wohnformen an dieser Stelle lediglich kurz darzustellen, soll folgende Tabelle charakteristische Merkmale aller drei Heimtypen vorstellen:

Tabelle 1: Merkmale institutionalisierter Wohnformen

Wohnform	Kurzbeschreibung	Angebot an Hilfen	Vorteile	Nachteile
Altenwohnheim	Geschlossene, kleine Wohnungen im Heim, eigenständige Haushaltsführung	Versorgungssicherheit, Notrufanlage, Anspruch auf Pflegeplatz	Ggf. Autonomie, Möglichkeit zum Mittagessen in Gemeinschaft	Nur Gleichaltrige, weiterer Umzug bei bestimmtem Grad von Pflegebedürftigkeit
Altenheim	Zimmer bzw. Kleinapartment in einem Heim, eigene Möbel, z. B. mit Naßzelle	Haushaltsführung wird abgenommen (Putzen und Essenversorgung)	Gesicherte hauswirtschaftliche Hilfen	Autonomieverlust, nur Gleichaltrige, weiterer Umzug u. U. bei bestimmtem Umfang von Pflegebedarf
Pflegeheim	Einzel- oder Mehrbettzimmer, einzelne private Einrichtungsgegenstände	Umfassende pflegerische Versorgung (primär physisch)	Gesicherte hauswirtschaftliche und pflegerische Hilfe	Geringste Autonomie, nur Gleichaltrige

Quelle: Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1998): Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alten. Drucksache 13/9750 vom 28.01.98, Seite 124, Bonn

Die Pflegeversicherung übernimmt, bei Vorhandensein einer Pflegestufe, anteilmäßig die pflegebedingten Kosten. Weitere Kosten für die Unterbringung sowie die Verpflegung sind aus privaten Mitteln zu bestreitet. Oft ist es auch der Fall, dass die tatsächlichen Pflegekosten die Höchstgrenze der von der Pflegeversicherung getragenen Gebühren überschreiten. Auch in diesen Fällen ist die Differenz aus eigenen Mitteln zu bezahlen. Für viele ältere und alte Menschen bedeutet dies, dass ein großer Teil der Rente oder auch des Vermögens verbraucht werden muss.

3.4 Alternative Wohnformen – Mehrgenerationenhäuser und Senioren-WGs

Neben den genannten Wohnformen des Privathaushaltes, Betreuten Wohnens und der stationären Pflegeeinrichtungen existieren alternative Möglichkeiten des Zusammenlebens. Diese zeigen sich in sehr unterschiedlicher und vielgestaltiger Ausprägung, sind allerdings noch wenig verbreitet. Aus dem Spektrum möchte ich zwei dieser möglichen Wohnformen herausgreifen und kurz erläutern.

Mehrgenerationenhäuser

Volland berichtet: „Mehr-Generationen-Häuser vereinen Bewohner unterschiedlicher Altersgruppen und Familien unter einem Dach. Die Zielstellung einer derartigen, nicht staatlich organisierten Einrichtung ist die Integration alter Menschen unter Nutzung ihrer Fähigkeiten in eine komplexe Wohngemeinschaft. Während die älteren Menschen von der unmittelbaren Erreichbarkeit der anderen Bewohner profitieren, können die Jüngeren von der Lebenserfahrung der Älteren profitieren und sie für Hausmeisterdienste oder Kinderbetreuung in Anspruch nehmen. Im Pflegefall kann das Sozialamt die Kosten für einen ambulanten Pflegedienst übernehmen, wenn eine grundlegende Eignung des Wohnraumes für die Pflege gegeben ist“ (zit. n. Gerdau 2007, S. 18).

Senioren-WGs

Diese Wohngemeinschaften sind anders aufgebaut, als die, die jüngere Menschen bilden. Ziehen ältere Menschen in Senioren-WGs geht es oft darum, nicht allein zu sein und mit Gleichgesinnten bzw. Gleichaltrigen zusammen zu leben. Dabei fehlt es aber nicht an Rückzugsmöglichkeiten, denn die Bewohner haben einzelne Wohnbereiche. Dennoch bestehen auch Gemeinschaftsräume, gemeinsam nutzbare Gärten oder Möglichkeiten der gemeinsamen Freizeitgestaltung.

Jedoch ist auch bei einer solchen Wohnform, die sicherlich viel Rückhalt bietet, eine eventuell eintretende Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen. Gegenseitige Hilfe stößt auch dort an ihre Grenzen, wenn die WG-Bewohner etwa gleich alt sind und ebenso dem Risiko unterliegen, hilfs- und pflegebedürftig zu werden (vgl. Pichler 2009).

Welche Schlüsse lassen nun die bisher dargestellten Sachverhalte zum „Alt sein heute“ im Hinblick auf möglichen Wohnformen älterer und alter Menschen zu? Festgestellt wurde, dass das Wohnen eine wichtige Dimension im Leben eines jeden Menschen ist und grundlegende Auswirkungen auf Integrationsprozesse sowie das persönliche Wohlergehen hat. Betagten bietet sich zunächst eine Bandbreite möglicher Wohnformen, die mehr oder weniger verbreitet sind, dabei bildet der Privathaushalt die häufigste Form. Betrachtet man dazu aber die geschilderten Gegebenheiten des „Alt seins heute“, so lässt sich ableiten, dass nicht in jedem Fall jede Wohnform in Frage kommt. Beispielsweise können sich viele alte Menschen den Umzug in ein Betreutes Wohnen kaum leisten, andere wiederum sind nicht bereit in einer Wohngemeinschaft zu leben. Bezüglich des Umzuges in eine stationäre Pflegeeinrichtung sind es meist gesundheitliche Gründe und nicht vorhandene oder unzureichende soziale Unterstützungsformen, die keine andere Alternative als den Umzug offen lassen. Nicht immer ist es so, dass Alterskrankheiten und Einschränkungen von Angehörigen und zusätzlichen Pflegedienstleistungen kompensiert werden können. Zudem ist es eine weitere persönliche Erfahrung meinerseits, dass auch bauliche Veränderungen der Wohnung nicht ohne Weiteres und in kurzer Zeit realisierbar sind⁵. Insgesamt ist also festzuhalten, dass durchaus ein breites Angebot an Wohnformen existiert, aber immer persönliche Aspekte und konkrete Situationen abzuwägen sind und dies oft kaum oder keine Wahlmöglichkeiten offen lässt.

Da aber, wie erwähnt, auch im Alter der Privathaushalt die häufigste Wohnform ist, soll dieser anschließend zunächst genauer betrachtet werden.

⁵ Auch diesen Sachverhalt kann ich zum einen mit Praktikumserfahrungen begründen. Gespräche mit Patienten und Angehörigen zeigten oft, dass Baumaßnahmen nur in wenigen Fällen tatsächlich sofort realisierbar waren. Zum zweiten sah sich auch meine Familie im Dezember 2009 vor der problematischen Fragestellung eines Umbaus, als es um die Unterbringung meiner pflegebedürftigen Großmutter ging.

4 Leben im Privathaushalt

Das Leben im privaten Haushalt ist für ältere und alte Menschen meist von größter Bedeutung. „Die eigenen vier Wände“ bieten sowohl Vor-, wie auch Nachteile und die Angehörigen sowie ambulante Dienste und Hilfen spielen eine wichtige Rolle.

4.1 Bedeutung des Privathaushaltes

„Alltag im Alter heißt vor allem Wohnalltag.“

(W. Saup, Professor für angewandte Gerontologie an der Universität Augsburg, 1993)

Sicherheit sowie Unabhängigkeit und Selbständigkeit sind wichtige Bedürfnisse älterer und alter Menschen. Das Bedürfnis nach Sicherheit umfasst die materielle, wie auch die medizinische Versorgung, aber auch den Erhalt der sozialen Umwelt. Das Unabhängigkeits- und Selbständigkeitsbedürfnis schließt vor allem den Wunsch nach einer autonomen Lebens- und Haushaltsführung in einer eigenen Wohnung ein (vgl. Lenz/Rudolph/Sickendiek 1999, S. 252). „Die selbständige Haushaltsführung in der eigenen Wohnung ist nicht nur das zentrale Element sozialer Unabhängigkeit im Alter, sondern steht bei den meisten alten Menschen auch an erster Stelle ihrer ‚Wunschliste‘“ (ebd., S. 252). Zur Bedeutungszunahme der eigenen Haushaltsführung sagt Höpflinger: „Einerseits verbringen Betagte deutlich mehr Zeit in der Wohnung als in früheren Lebensphasen [...], andererseits gewinnen Einrichtungs- und Ziergegenstände mit zunehmender Wohndauer an Erinnerungsträchtigkeit und emotionalem Gehalt und vermitteln dadurch Geborgenheits- und Heimatgefühl“ (zit. n. Lenz/Rudolph/Sickendiek 1999, S. 252). Madörin äußert zudem, dass die Aufrechterhaltung einer eigenständigen Lebensführung in angestammten Räumen Priorität haben muss, da Wohnstabilität und konstante soziale Bezugsnetze ebenfalls die soziale Identität und Integration betagter Menschen beeinflussen (vgl. ebd., S. 252f.). Die zunehmende Bedeutung einer örtlichen Verwurzelung und der Wunsch nach einer vertrauten Wohnumgebung können auch darauf zurückgeführt werden, dass die sozial-räumliche Handlungsreichweite mit steigendem Alter kleiner wird. Die Wohnung stellt einen geschützten Ort und konstanten Teil der Umwelt dar (vgl. ebd., S. 253). Unter Gliederungspunkt 2.3.1 habe ich bereits festgestellt, dass Hochaltrige einen großen Teil ihres Einkommens zur Bewältigung ihrer Wohnkosten aufbringen. Ebenso steigen die Kosten für Gesundheitspflege und externe Dienstleistungen. Somit

spiegeln auch diese Bemühungen die Wichtigkeit der Erhaltung einer eigenen Wohnung – möglichst bis ins hohe Alter – wider.

Motel-Klingebiel und andere Autoren kommen in einer Auswertung zum Alterssurvey zu dem Ergebnis, dass die Entscheidung, in der angestammten Wohnung zu verbleiben oder aber doch einen Umzug in Betracht zu ziehen, abhängig ist von der subjektiven Bewertung der Wohnsituation, der emotionalen Verbundenheit mit der Wohnung und dem Wohnumfeld sowie dem Zustand des Wohnumfeldes. Es sind also psychologische und soziale Aspekte, die eine besonders wichtige Rolle spielen (vgl. Motel-Klingebiel/Künemund/Bode 2005, S. 163).

Backes und Clemens formulieren zum Wohnen im Privathaushalt: „Der Wohnbereich wird im Alter nicht nur immer stärker zum Bereich des sozialen Rückzugs, sondern allgemein der Lebensmittelpunkt des alternden Menschen. [...] Verändern und vor allem verringern sich mit steigendem Alter die geistigen und körperlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, so werden Umweltfaktoren für selbständige Lebensformen und persönliches Wohlbefinden immer bedeutsamer. Zwischen der Wohnsituation älterer Menschen und ihrem Netz verlässlicher Hilfebeziehungen bestehen nachweisbare Zusammenhänge“ (Backes/Clemens 1998, S. 209).

4.2 Vor- und Nachteile des Privathaushaltes

Das Leben in vertrauten sozialen Strukturen, ein beständiger Alltag mit bekannten Handlungsabläufen und eine innere Ordnung sind klare Vorteile eines privaten Haushaltes. Weiterhin ist der Privathaushalt ebenso wichtig zur Erhaltung der Kompetenzen älterer Menschen, denn sie können alltägliche Problemstellungen selbst angehen und lösen und erhalten sich somit ihre Autonomie. Besonders auch für demente alte Menschen bietet der private Haushalt Vorteile: „Die Vertrautheit der eigenen Wohnung mit den gesammelten Erfahrungen vieler Jahre, den alt bekannten Einrichtungsgegenständen und der gewohnten Ordnung ist die beste Orientierungshilfe für den Demenzkranken. Zudem ist ihm der gewohnte Lebensrhythmus und Tagesablauf vertraut“ (Falk 2004, S. 75). In einem eigenen Haushalt zu leben ist somit für die meisten betagten Menschen von großer Bedeutung und ganz besonders für diejenigen, die von dementiellen Erkrankungen betroffen sind, denn Wohnungswechsel oder auch Umzüge in stationäre Pflegeeinrichtungen können massiven Stress und Überforderungen mit sich bringen.

Neben grundlegenden Vorteilen des Lebens in der eigenen Wohnung zeigen sich aber auch Nachteile dieser. Unter dem Gliederungspunkt 2.3.3 fand es bereits Erwähnung, dass die Wohnsituation in vielen Fällen unzureichend und nicht den körperlichen Einschränkungen der alten Menschen angepasst ist. Oftmals sind es Altbauten mit kaum überwindbaren Treppenhäusern, da Lifte nicht vorhanden sind; Türen sind zu schmal, sodass erforderliche Hilfsmittel zur Fortbewegung (Rollator u. ä.) nicht oder nur schwer nutzbar sind; Schwellen im Haus und der Wohnung behindern das barrierefreie Vorankommen zusätzlich; Heizungssysteme sind teilweise nicht auf einem modernen Stand der Technik und dies gilt ebenso für Fenster. Zudem bewohnen ältere und alte Menschen oft – und gerade wenn der Partner verstorben ist – zu große Wohnungen. Die angeführten Kennzeichen erschweren es betagten Menschen oft beträchtlich, in der eigenen Wohnung zu Recht zu kommen. Vielmehr kann unter diesen Umständen der eigene Wohnraum zur Belastung werden. Ebenfalls benannte ich bereits mögliche bauliche Veränderungen der Wohnung, jedoch auch im gleichen Zuge, dass dabei zu bedenken ist, dass diese Umbauten nicht in kurzer Zeit realisierbar und überdies zumindest teilweise selbst zu finanzieren sind. Weiterhin sollte auch stets zu bedenken sein, wie sich der gesundheitliche Zustand der alten Menschen darstellt. Besonders bei schweren und vor allem vorangeschrittenen Erkrankungen wird es sich kaum vermeiden lassen, darüber nachzudenken, ob sich bauliche Veränderungen der Wohnung tatsächlich noch lohnen.

Die Autoren Heuft, Kruse und Radebold erklären, dass für betagte und hochbetagte Menschen Risiken wie eine sich verkürzende Lebenszeit, zu bewältigende Krankheiten und Verluste sowie zunehmende Vereinsamung und Abhängigkeit von Dritten an Bedeutung gewinnen. Trotz einer eigenen Wohnung wird die Erhaltung der Autonomie mit zunehmendem Alter immer mehr zur vorrangigen Aufgabe (vgl. Heuft, Kruse, Radebold 2006, S. 251) und die geschilderten Nachteile dominieren dann nicht selten die Vorteile. Dazu kommt weiterhin, dass Angehörige schnell an ihre Grenzen stoßen können und überfordert sind – sowohl im Hinblick auf eine zunehmende Hilfebedürftigkeit der Betagten, wie auch aufgrund der Wohnentfernungen. Letztlich führt dies wiederum zu dem Nachteil, dass in vielen Fällen mit einer sozialen Isolation zu rechnen ist.

4.3 Erwartungen an die Angehörigen und Grenzen des Leistbaren

„Das beste Altersheim ist die Familie.“

(Heinrich Lübke, 1894 – 1972, ehem. Bundespräsident BRD)

Im Jahr 1998 stellte das Forschungsverbundprojekt „Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Privathaushalten“ folgendes fest: „Zunächst ist [...] zu konstatieren, daß die Intensität der Pflege, die Personen mit einem Pflegebedarf von ihrer Hauptpflegeperson⁶ erhalten, als außerordentlich hoch zu bewerten ist. Tägliche oder nahezu tägliche Hilfe wird beispielsweise geleistet zu 90 % im Bereich der persönlichen Betreuung (z. B. Gespräche), zu 85 % im Bereich der Haushaltsführung, zu 83 % im Bereich der Körperpflege und zu 61 % im Bereich der Mahlzeiteneinnahme [...]“ (Wahl/Wetzler 1998, S. 187). Meine Recherchen ergaben keine eindeutigen Ergebnisse zu Erwartungen die betagte Menschen an ihre Angehörigen stellen. Jedoch glaube ich, sagen zu können, dass der Wunsch nach Unterstützung damit belegt werden kann, dass viele alte Menschen in der Nähe ihrer Angehörigen bzw. ihrer Kinder wohnen möchten. Überdies wurden auch bereits die meist tiefen Bindungen der Familienmitglieder vermerkt, was meiner Meinung nach auch Rückschlüsse darauf zulässt, dass Betagte bei Bedarf zunächst die Hilfe der Angehörigen in Anspruch nehmen wollen.

Über die „Erwartungen“ psychisch beeinträchtigter Menschen – womit hier auch der Bezug zu dementen Betagten hergestellt werden soll – kann man bei Buijssen nachlesen: „Der Appell, den der [...] Patient an sein Umfeld richtet, ist vor allem emotionaler Natur. Hier besteht die Pflege weniger darin, ‚die Ärmel hochzukrempeln‘ [...], sondern vielmehr darin, sich über das Wohlergehen des anderen Sorgen zu machen“ (Buijssen 1997, S. 24).

Sind es aber nur die alten Menschen, die möglicherweise Unterstützung und Pflege durch ihre Angehörigen erwarten? Viel deutlicher, so meine ich, sieht man diese Erwartung von Seiten des Staates. Bei Meyer kann man dazu lesen: „Die häusliche Pflege hat in Deutschland einen hohen Stellenwert. Das Motto [...] ‚ambulant vor stationär‘ bringt die Intention des Gesetzgebers zum Ausdruck, die Bereitschaft zur Übernahme der häuslichen Pflege durch Familienangehörige zu fördern. Es reflektiert die Tatsache, dass der deutsche Wohlfahrtsstaat immer

⁶ Die Studie stellte fest, dass zu 90 % die Rolle der Hauptpflegeperson auf Familienangehörige fällt. (vgl. Wahl/Wetzler 1998, S. 184)

noch auf die Stabilität häuslicher informeller Pflegenetzwerke setzt [...]“ (Meyer 2006, S. 42). In Zusammenarbeit mit anderen Autoren verfasst Runde, dass „sozialnormative Erwartungen, Einstellungen und die Entstehung einer ‚Familienethik‘ in bezug auf die häusliche Pflege abhängig sind von der Internalisierung sozialer Normen und unabhängig von der individuellen Situation der pflegenden Angehörigen“ (zit. n. ebd., S. 42f.). Ebenso ist bei Meyer nachzulesen, dass zwar die Pflege der Angehörigen als gesellschaftliche Norm bereits abgebaut wird, jedoch bleibt ein kulturelles Leitbild bestehen und viele Familienmitglieder fühlen sich nach wie vor moralisch verpflichtet, ihre Angehörigen zu pflegen (vgl. Meyer 2006, S. 43). Auch den Sachverhalt der moralischen Verpflichtung kann ich aus persönlichen Erfahrungen belegen⁷. Das Verantwortungsgefühl und Pflichtbewusstsein für den Angehörigen trifft allerdings auch auf Grenzen.

Der Fürsorge für hilfe- und pflegebedürftige alte Menschen durch die Angehörigen sind zunächst einmal Grenzen aufgrund der Tatsache gesetzt, dass die Haushalte heutzutage zumeist getrennt sind. Die Entfernungen zwischen den Wohnungen sind zwar oftmals gering, dennoch kann dann im Bedarfsfall nicht unmittelbar Hilfe geleistet werden. Dies ist aber nicht der einzige – und wohl auch nicht der ausschlaggebende – Grund, weshalb Angehörige an die Grenzen des von ihnen Leistbaren geraten können. Auch da gibt Buijssen Auskunft: Pflegende Angehörige sehen sich ebenfalls selbst mit psychischen und sozialen Problemen konfrontiert. Sie müssen sich beispielsweise im Laufe des Krankheitsprozesses an Veränderungen oder auch Verschlechterungen des Gesundheitszustandes der Angehörigen anpassen; sie sollen stets versuchen, ihr eigenes Leben so normal wie möglich beizubehalten oder sie müssen sich mit der Bewältigung persönlicher Probleme in der Partnerschaft auseinandersetzen. Außerdem ist es häufig Aufgabe der Pflegenden, zu trösten und bei der Verarbeitung von Erkrankungen zu helfen, wobei auch sie selbst nicht selten ein Unterstützungsbedürfnis haben. Nicht zu vergessen sind auch Aufgaben der körperlichen Versorgung der alten Menschen. Vielen Angehörigen fällt es sehr schwer, Hilfe beim Gang zur Toilette oder der Mundhygiene zu leisten. Weiterhin ist es ihnen aufgrund einer persönlichen Abneigung oft nicht möglich, Inkontinenzhilfsmittel (Windeln u. a.) zu wechseln oder zu entsorgen (vgl. Buijssen 1997, S. 23ff.).

⁷ Zur Unterbringung meiner schwer erkrankten Großmutter hörten wir im Dezember 2009 von Sozialarbeiterinnen des Krankenhauses Mittweida sinngemäß Folgendes: „Frau B. war stets für Sie da und nun sind Sie als Angehörige in der Verantwortung, ebenfalls für sie zu sorgen. Das sind Angehörige und vor allem Kinder ihren Eltern schuldig.“

4.4 Ambulante Dienste, andere entlastende Hilfen und deren Grenzen

Ambulante Dienstleistungen zur Entlastung hilfebedürftiger Menschen und auch der pflegenden Angehörigen erfüllen ein recht großes Aufgabenspektrum. Zunächst sind dabei die ambulanten Pflegedienste – oder auch Sozialstationen genannt – zu benennen. Diese erbringen bereits Leistungen wie die allgemeine Pflege (Haut-/Mundpflege, Mobilisierung, Lagerung, Körperpflege, Nahrungszubereitung), Präventionsbehandlungen (Inkontinenztraining, Unterweisung in den Hilfsmittelgebrauch u. a.), spezielle Pflege (palliative Pflege, Umgang mit Demenzkranken, Sterbebegleitung u. a.), Behandlungspflege (Infusionen, Injektionen u. a.), hauswirtschaftliche Betreuung (Einkaufen, Wohnungsreinigung, Haustierversorgung u. a.) und sie übernehmen sogar neuere Aufgaben wie die Einschätzung des Pflegebedarfs, Erst- und Beratungsbesuche und bieten Kurse für Angehörige an (vgl. Hasseler/Meyer 2004, S. 54). Dennoch nutzen viele ältere und alte Menschen zusätzliche ambulante Hilfen und entlastende Dienste. Hier sind beispielsweise Mahlzeiten- und Reinigungsdienste sowie mobile Frisöre und Fußpflegedienste zu nennen, aber auch spezielle Beratungsangebote und Sozialdienste für betagte Menschen und deren Angehörige. Sowohl ambulante Pflegedienste, wie auch alle weiteren ergänzenden Hilfen und Dienstleistungen sollen dazu beitragen, dass Betagte in ihrem privaten Haushalt verbleiben und ihre Unabhängigkeit (von Angehörigen) erhalten können. Zielstellung ist dabei, dass der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung, trotz Einschränkungen, Behinderungen, Krankheiten und einem hohen Lebensalter, vermieden werden kann.

Als entlastende Hilfen müssen auch Nachbarn, Freunde und Bekannte genannt werden. Wo familiäre oder professionelle Hilfe nicht möglich ist oder nicht ausreicht, sind es diese Menschen, die Betagten oftmals den Verbleib im Privathaushalt ermöglichen. Häufig sind sie im Besitz der Haustürschlüssel, schauen von Zeit zu Zeit nach den alten Menschen oder sie halten mit ihnen regelmäßig einen „Plausch“.

Dennoch bleibt festzuhalten, dass auch ambulanten Pflegediensten und anderen umfangreichen Hilfen und Unterstützungen Grenzen gesetzt sind. Garms-Homolová und Schaeffer geben Auskunft über die Grenzen häuslicher Versorgung durch Sozialstationen: Eine ambulante Pflege ist nur bedingt möglich und die häusliche Versorgung kann nicht unter allen Umständen aufrechterhalten werden. Sehr oft müssen sich ambulante Pflegedienste damit auseinandersetzen, dass sie an ihren Kapazitätsgrenzen angelangt sind. Neben Abwägungen,

ob es überhaupt möglich ist, neue Patienten aufzunehmen, entstehen weitere Engpässe durch plötzlich steigenden Pflegeaufwand bei Patienten mit sehr schweren Erkrankungen oder auch wenn unerwartete Sterbebegleitungen hinzukommen (vgl. Garms-Homolová/Schaeffer 1992, S. 80ff.). „Für nicht minder problematisch werden die Durchführung einer kontinuierlichen ambulanten Pflege und ein Verbleib in der häuslichen Umgebung gehalten, wenn die Kostensituation nicht gesichert ist oder schwierig werden könnte“ (ebd., S. 85).

„Andere Grenzen der Möglichkeiten ambulanter Pflege werden durch den Zustand und die Situation des Patienten gesetzt. Eine der Gruppen von Patienten, die mit Blick auf den Verbleib in der häuslichen Umgebung von den Sozialstationen als problematisch eingeschätzt werden, sind Patienten mit Symptomen geistiger Verwirrtheit oder Verwahrlosung“ (ebd., S. 87).

Überdies definieren ambulante Pflegedienste schwerstpflegebedürftige Menschen als eine Gruppe der Patienten, die nur bedingt häuslich betreut werden kann. Auch in diesen Fällen ist die Versorgung sehr arbeitsintensiv und die Betreuung kompliziert sich zunehmend, wenn ein soziales Netz nicht als Stütze zur Verfügung steht. Ambulante Dienste sind zudem generell so konzipiert, dass Leistungen von informellen Helfern - also in erster Linie von Familienangehörigen, Freunden und Bekannten – vorausgesetzt und diese lediglich unterstützt und ergänzt werden. Kann nicht auf die Hilfe sozialer Netze zurückgegriffen werden, sind Anstrengungen seitens der Pflegekräfte nötig, die zumeist weit entfernt von ihrer eigentlichen Leistungsfähigkeit liegen (vgl. ebd., S. 88ff.).

„Als begrenzt werden die Möglichkeiten ambulanter Versorgung auch eingeschätzt, wenn die Wohnfähigkeit eines Patienten fragwürdig ist. Gemeint sind Patienten, die [...] verlernt haben, bestimmte Standards eines ‚normalen bürgerlichen‘ Lebens und einer ebensolchen Wohnweise aufrechtzuerhalten. Dazu gehören verwahrloste und manchmal auch demente Patienten [...], die ohne dauerhafte und extensive Fremdhilfe nicht in der Lage sind, Wohnanforderungen und die damit verbundenen alltäglichen Aufgaben zu bewältigen und/oder die sich Selbstgefährdungen aussetzen. Eng damit verbunden ist eine andere Grenzsituation: Erweist sich eine problematische Lebenslage als unverträglich mit der sozialen Umwelt, dann muß die häusliche Versorgung zugunsten einer stationären Unterbringung aufgegeben werden“ (Garms-Homolová/Schaeffer 1992, S. 93).

5 Umzug in ein Altersheim

In manchen Fällen ist der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung nicht mehr abzuwenden. Das Verlassen bzw. die Aufgabe der eigenen Wohnung und des eigenen Haushaltes sind unumgänglich geworden. Die Gründe sind nicht in jedem Fall die Selben, aber dennoch stellt sich diese Situation für die allermeisten alten Menschen als kritisches Lebensereignis dar.

Laut Themenstellung dieser Arbeit geht es um den Umzug in ein *Altersheim*. Nun wurde unter dem Gliederungspunkt 3.3 bereits erklärt, dass die Grenzen zwischen den genannten institutionalisierten Wohnformen häufig nicht klar erkennbar sind und zunehmend verwischen. Natürlich soll es im Folgenden auch weiterhin um die betagten Menschen in Altersheimen gehen, jedoch glaube ich, dass die Ausführungen auch auf andere Formen des stationären Wohnens beziehbar sind.

5.1 Objektive und subjektive Gründe des Umzuges

Studien der 80er Jahren benennen das Alter, den Familienstand und das Geschlecht als bedeutende objektive Gründe für eine Heimübersiedlung. Besonders wahrscheinlich wird danach der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung, wenn der alte Mensch 80 Jahre oder älter, ledig, geschieden oder verwitwet und weiblichen Geschlechts ist. Als weitere Variablen werden die Rüstigkeit, das soziale Netzwerk, die kognitive Leistungsfähigkeit und auch der Aufenthaltsort vor dem Aufenthalt in einer stationären Einrichtung genannt (vgl. Klingenfeld 1999, S. 22). Auch Klein führt einen angegriffenen Gesundheitszustand, ein defizitäres soziales Netz und unangemessene Wohnverhältnisse als einflussreiche Faktoren an (vgl. Backes 1998, S. 223). Weiter ist bei Backes nachzulesen, dass bezüglich der gesundheitlichen Situation nicht die langfristige, stark behindernde Erkrankung vorrangig ist, sondern ein Krankenhausaufenthalt, der vorher vorhandene Kompetenzen reduziert. Eine Rückkehr nach Hause wird dann oft unmöglich, wenn die erforderliche Unterstützung eines sozialen Netzwerkes nicht vorhanden ist oder auch die Wohnverhältnisse nicht altersgerecht sind. Auch partnerschaftliche oder familiäre Veränderungen können Gründe für den Umzug sein: Beispielsweise können finanzielle Probleme durch den Tod des Partners auftreten oder die bisher zentrale und unterstützende Bezugsperson fällt damit weg. Ebenso wirkt sich eine fehlende oder, aufgrund größerer Wohnentfernungen und Be-

rufstätigkeit, nicht mehr erbringbare familiäre Unterstützung aus (vgl. ebd., S. 224).

Der Altenheimsurvey beschreibt subjektive Gründe für den Umzug in ein Altersheim. Vorrangig wurde bei Befragungen der gesundheitliche Zustand angegeben. Außerdem waren weitere wichtige Aspekte das fehlende soziale Netzwerk sowie die Wohnung, die aus verschiedenen Gründen aufgegeben werden musste (vgl. ebd., S. 224). Klingenfeld nennt einen weiteren bedeutsamen Grund: rigoroser Druck durch das soziale Umfeld. In erster Linie sind es dort die Angehörigen, die auf die Betagten einwirken und so die Entscheidungsfindung beeinflussen (vgl. Klingenfeld 1999, S. 23). Soweit allerdings die Entscheidung beim alten Menschen *allein* liegt, ist ein häufiges Motiv, den Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen (vgl. Lehr 2003, S. 311).

Nicht zu vergessen ist auch das Zusammenwirken der genannten Faktoren. Beispielsweise führen das Alter und ein fehlendes soziales Netz zunächst nicht dazu, in eine stationäre Pflegeeinrichtung umziehen zu müssen, sondern vielmehr kommt dazu oft noch ein Krankenhausaufenthalt, der die Kompetenz der eigenen Haushaltsführung beträchtlich einschränkt oder unmöglich macht.

5.2 Der Umzug als kritisches Lebensereignis

Der Umzug in ein Altersheim erfolgt meist aufgrund mehrerer Ursachen und auch kaum geplant, sondern mehrheitlich als einziger Ausweg, der die erforderliche Versorgung und Betreuung der alten Menschen sicherstellen kann. Die Entscheidung wird häufig unter Zeitdruck fremdbestimmt, den Betagten bleibt oft keine Alternative und somit erfolgt der Heimeintritt überwiegend unfreiwillig und unvorbereitet. Für die alten Menschen bedeutet dies geradezu eine Entwurzelung. Sie kommen meist nicht wieder zurück in ihre Wohnung, sehen somit ihr soziales Umfeld nicht wieder, persönliche Gegenstände gehen verloren und auch das Abschied nehmen von der bisherigen Umgebung ist nicht mehr möglich. Die vollständig neue Situation und die Anpassung an veränderte Wohn- und Lebensbedingungen stellen eine große Belastung dar (vgl. Eggert 1995, S. 39f.). In Orientierung an Ausführungen des Autors Saup, heißt es weiterhin bei Eggert: „Der Wechsel in ein Heim bedeutet für den alten Menschen häufig einen Wendepunkt im Lebenslauf, der als schmerzlicher Einschnitt in die Biographie erlebt wird. Insbesondere dann, wenn der Umzug nicht freiwillig erfolgt, ist er mit zahlreichen

psychischen Beeinträchtigungen (negatives Selbstbild, Depression, Angst vor Einsamkeit und Isolation, Verwirrtheit etc.) verbunden“ (zit. n. ebd., S. 40).

Bei Backes ist folgende Definition zu finden: „Als kritische Lebensereignisse werden solche Ereignisse im Lebenslauf von Menschen verstanden, die zentrale Veränderungen hervorrufen und psychosoziale Anpassungs- und Bewältigungsleistungen erforderlich machen [...]. Kritische Lebensereignisse können als bedrohlich eingeschätzt oder einfach nur als einschneidend wahrgenommen werden [...]. Ein kritisches Lebensereignis stellt nach *Filipp* (1981) einen Eingriff in ein aktuelles Passungsgefüge zwischen Person und Umwelt dar, [...].“ (Backes 1998, S. 162). Demnach kann der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung als kritisches Lebensereignis bezeichnet werden.

5.2.1 Angst als Reaktion auf den Heimeinzug

In der Regel ist die erste Kontaktaufnahme alter Menschen mit dem Altersheim – oder mit einer anderen Form des stationären Wohnens – angstbesetzt. Auch der Umstand, dass es meist Angehörige sind, die zunächst Informationen über den Heimeinzug einholen, ohne dass es mit den Betagten vorab besprochen wurde, zeigt, dass es sich um eine spannungsgeladene, stress- und gewiss auch angstauslösende Situation handelt. In dieser Lage sieht der alte Mensch sein psychosoziales Wohlbefinden gefährdet. Bei fast allen alten Menschen ist zu beobachten, dass die Angst vor dem Verlust des privaten und selbstbestimmten Lebensraums das generelle Angstthema darstellt. Ausdruck findet dies in der Sorge um die Erhaltung der eigenen Existenz und kann auch mit dem Begriff „Existenzangst“ beschrieben werden, denn der Wunsch nach eigenem Raum, nach Ruhe sowie Privatsphäre ist ein allgemein menschliches Bedürfnis. Der Verlust vertrauten Raumes löst Gefühle von Heimatlosigkeit, Verlassenheit und Entwurzelung aus. Auf diesen Verlust folgt eine Reaktion in Form von Angst. Dazu kann ferner das Gefühl kommen, sterben zu müssen, was die Angst zusätzlich verstärkt (vgl. Ullrich 1995, S. 169ff.).

Auch bei Menschen mit hirnorganischen Erkrankungen – also beispielsweise Demenz – ist Angst als häufiges Symptom zu beobachten. Nach Haupt löst der Verlust kognitiver Fähigkeiten, des Gedächtnisses, der Sprache und der Orientierung starke Angstgefühle aus, die sich sogar durch aggressives Verhalten äußern können (vgl. ebd., S. 174).

Laut Seligmann sind Befürchtungen, der Umwelt hilflos ausgeliefert zu sein, ein wesentlicher Entstehungsgrund der Angst. Besonders bedrohlich ist es für die älteren und alten Menschen, nicht mehr selbständig über Ernährung, Körperpflege, Körperfunktionen, Kontakte und Aktivitäten bestimmen zu können. Viele Betagte sehen dann keine Handlungsmöglichkeiten mehr und werden vollständig passiv (vgl. Ullrich 1995, S. 174). Auch Kruse äußert sich zum Prozess des Heimeinzugs, wonach durch diesen Identität und Selbstvertrauen der alten Menschen stark gefährdet sind. Meist kann der Zeitpunkt des Einzugs nicht selbst bestimmt werden und muss oft innerhalb kurzer Zeit erfolgen. Noch ungünstiger gestaltet sich die Situation bei plötzlich auftretender Pflegebedürftigkeit, wenn der Betagte beispielsweise direkt vom Krankenhaus in eine stationäre Pflegeeinrichtung verlegt werden muss. Die Chancen einer erfolgreichen Angstbewältigung sind dann eher gering, da das positive Vertrauen in die eigene Kraft und Kompetenz fast vollständig verschwunden ist (vgl. ebd., S. 174).

5.2.2 Bewältigungsstrategien der alten Menschen

„Kann man nicht drüber weg, so muss man drunter durch.“

(Jiddisches Sprichwort)

Der Einzug in ein Heim als kritisches Lebensereignis stellt eine Phase im Leben der alten Menschen dar, in der das bisherige Gefüge von Person und Umwelt in ein Ungleichgewicht gerät. Der Betagte sieht sich der Herausforderung gegenüber, dieses Gefüge neu organisieren zu müssen (vgl. Eggert 1995, S. 54). Die Bewältigung – oft wird auch der Begriff Coping benutzt – dieser Aufgabe ist im psychosozialen Bereich hauptsächlich „darauf ausgerichtet, das Problem, das die Belastung hervorruft, sowie die es begleitenden Gefühle und Gedanken zu bearbeiten und zu regeln. Dies kann durch Handeln geschehen, das darauf abzielt, das Problem erträglicher zu gestalten oder zu beheben, [...]“. Es kann auch durch eine kognitive Umbewertung des Problems erfolgen, [...]“ (Künzel-Schön 2000, S. 16). Handeln kann beispielsweise so aussehen, dass der alte Mensch zum Gehen verschiedenste Hilfsmittel nutzt, um Unsicherheiten soweit zu kompensieren, dass er sich irgendwie selbst fortbewegen kann. Erfahrungen meinerseits zeigen, dass dafür, neben den üblichen Hilfsmitteln, wie Gehbänken oder Rollatoren, auch Stühle genutzt werden, die die alten Menschen vor sich her

schieben oder auch setzen⁸. Die kognitive Umbewertung kann so aussehen, dass die Person sich mit Menschen vergleicht, die noch schlechter gestellt sind oder aber sie stellt ihre derzeitige Lage Situationen gegenüber, in denen es ihr schon schlechter ging. Mit der kognitiven Bewertung der eigenen Lage gelingt es den Betagten oft, negative Gefühle wie Trauer, Unzufriedenheit, Ärger oder Angst – zumindest teilweise – zu bewältigen. Unter Bewältigung beziehungsweise Coping sind demnach kognitive oder verhaltensmäßige Bemühungen zu verstehen, die dazu dienen, Situationen oder Anforderungen, die die eigenen Möglichkeiten und Ressourcen übersteigen, zu kompensieren. Wichtig ist, dass es sich um *Bemühungen* oder *Versuche* des Fertigwerdens mit Belastungen handelt, unabhängig vom Erfolg. Bewältigung bedeutet vielmehr, ein neues Gleichgewicht unter veränderten Bedingungen zu finden. (vgl. ebd., S. 16f.).

Wie bereits erwähnt, können Erfahrungen von Einschränkungen und Verlusten Bedrohungsgefühle auslösen. Die betroffene Person möchte sich dann nicht mit ihnen auseinandersetzen, sondern sich vor ihnen schützen. Besonders deutlich wird dies, wenn dabei die eigene Identität in Frage gestellt wird. Künzel-Schön beschreibt dazu die „Immunisierung“. Darunter ist zu verstehen, dass versucht wird die eigene Identität so zu schützen, dass ihr die Wahrnehmung von Einschränkungen nichts anhaben kann und diese somit nicht als Belastung betrachtet werden muss. Das „Immunisieren“ kann zum Beispiel so aussehen, dass sich ein alter Mensch nur mit bestimmten anderen Personen vergleicht, um für sich selbst eine positivere Einschätzung zu erhalten. Eine weitere Verteidigungsstrategie ist, bestimmte Anzeichen als belanglos für vorhandene Einschränkungen zu betrachten (vgl. Künzel-Schön 2000, S. 176). Diese Art des „Immunisierens“ – so habe ich es selbst erlebt – kann sich beispielsweise dergestalt zeigen, dass ältere und alte Menschen das Auftragen von Butter auf ihr Brot nicht bewerkstelligen können, dies jedoch dem Umstand zuschreiben, dass sie nicht das gewohnte Messer benutzten und es deshalb nicht gelingen will⁹.

Der Umgang mit kritischen Lebensereignissen gestaltet sich aber nicht in jedem Fall gleich, er ist immer auch von persönlichkeitspezifischen Faktoren abhängig. Wenn es auch nicht die Mehrheit der Betagten betrifft, so gibt es dennoch Menschen, die sich aktiv mit der Situation im Vorfeld des Heimeinzuges auseinander-

⁸ Festgestellt habe ich dies immer wieder während meiner Praktikumszeit in der Geriatrischen Reha-Klinik.

⁹ Hier handelt es sich wieder um eine Beobachtung, die ich während meines Praktikums machte. Ich nahm in einer beobachtenden Rolle am „Frühstückstraining“ teil, welches von Therapeuten mit den Patienten durchgeführt wird. Dabei fiel mir das beschriebene „Immunisierungs“-Verhalten eines Patienten auf.

setzen. Sie planen und organisieren vieles selbst und erhalten sich damit die Kompetenz, allein und eigenständig handeln zu können. Auch dieses Vorgehen kann damit als Bewältigungsstrategie bezeichnet werden. Kann ein Betagter selbstverantwortlich entscheiden und wählen, ist die Grundlage für einen positiven Neubeginn im Altersheim geschaffen.

Auch auf die Bewältigungsmöglichkeiten dementer alter Menschen soll noch kurz eingegangen werden: Allgemein sind Bewältigungsstrategien Handlungsmuster, die wir uns irgendwann im Laufe unseres Lebens angeeignet haben. Diese Strategien sind verwurzelt in der Lebensgeschichte und in erworbenen Bewältigungserfahrungen (vgl. Hametner 2007, S. 60f.). Bei Künzel-Schön heißt es dazu: „Insbesondere könnte eine Demenz die Bewältigungsmöglichkeiten einschränken, da nur die Strategien Anwendung finden, die erinnert werden“ (Künzel-Schön 2000, S. 180). Hametner formuliert dagegen: „Auch bei einer Person mit einer Demenzerkrankung finden sich zahlreiche Hinweise auf die in der Lebensgeschichte erworbenen Erlebens- und Verhaltensweisen, mit denen sie früher Belastungen bewältigt hat“ (Hametner 2007, S. 61). Zustimmung möchte ich der Autorin Hametner. Während des Praktikums in der Geriatrischen Reha-Klinik konnte ich häufig demente Patienten beobachten. Ich stellte immer wieder fest, dass diese Menschen im Leben erlernte und dauerhaft angewendete Verhaltensweisen auch zeigten, wenn sie schwer durch die Demenz beeinträchtigt waren.

5.3 Das Altersheim

Mit Altersheimen – oder anderen stationären Wohnformen – werden häufig Negativbilder verbunden und somit werden diese auch oft mit emotional geladener Heftigkeit abgelehnt. Von Majce wurde das Altersheim 1978 als „negativ besetztes Antimodell unserer Gesellschaft“, in der Individualität, Freiheit und Aktivität großgeschrieben werden, bezeichnet. Dies spiegelt sich in verschiedenen Argumenten gegen den Einzug in ein Altersheim wider, wie beispielsweise der Erwartung von Reglementierungen oder der Befürchtung eines „Massenbetriebes“. Das negative Image fördert auch die Annahme, ausschließlich Menschen vorzufinden, die zu bemitleiden sind, jegliche soziale Beziehung verloren haben, mit geringem Selbstwertgefühl ausgestattet sowie hilflos und gebrechlich sind. Lehr nennt einen weiteren gravierenden Grund: Oft wird der Einzug in ein Altersheim als „unwiderruflich letzte Station des Lebens“ betrachtet. (vgl. Reimann, 1994, S. 148).

Dies sind einige Gründe, warum Altersheime wenig Anziehungskraft auf ältere und alte Menschen ausüben. Wie stellen sich Altersheime als soziale Organisationen dar und wie im Hinblick auf Merkmale einer „totalen Institution“? Darauf soll im Folgenden eingegangen werden.

5.3.1 Das Altersheim als soziale Organisation

„Organisation besteht darin, weder den Dingen ihren Lauf noch den Menschen ihren Willen zu lassen.“

(Helmar Nahr, dt. Mathematiker und Wirtschaftswissenschaftler)

Bei Eggert ist nachzulesen, dass ein Altersheim ein rationales soziales Gefüge mit internen Rollendifferenzierungen und spezifischen Zweck- und Zielorientierungen ist. Als Zielstellungen des Altersheims werden die Versorgung und Befriedigung physischer und psychischer Bedürfnisse alter Menschen genannt und um dies zu verwirklichen bedarf es gemeinsamer Handlungsgrundlagen. Dabei wird die Handlungsgrundlage durch sozialpolitische sowie gesellschaftliche Ziele und Zwecke geformt. Sichtbar wird sie letztendlich in strukturierten Tagesabläufen, Wochenplänen, Hausordnungen und Organisationsstrukturen (vgl. Eggert 1995, S. 24).

Im Altersheim treffen Menschen mit sehr unterschiedlichen, aber sich ergänzenden Rollen aufeinander. Zum einen finden wir die Rollenzuweisung der „Versorgten“ vor und zum anderen die der „Versorgenden“. Diejenigen, die die Aufgaben des Versorgens übernehmen bilden die Gruppe des gesamten Heimpersonals, welches versucht, planmäßig, strikt und reibungslos den Erwartungen, denen es sich gegenüber sieht, gerecht zu werden. Solche Erwartungen bestehen zunächst von Seiten der Heimbewohner – also der „Versorgten“ –, aber sie existieren auch zwischen den verschiedenen, im Altersheim tätigen, Berufsgruppen. Dazu kommen überdies noch Anforderungen, die das Heimpersonal an die Bewohner stellt (vgl. ebd., S. 24f.). Ergänzen möchte ich hier, das auch die Angehörigen der alten Menschen Erwartungen und Vorstellungen gegenüber dem Altersheim beziehungsweise dem Heimpersonal haben. Bezüglich der Erwartungshaltungen ist bei Schroeter und Prahl nachzulesen: „[...] für die im Alten- und Pflegeheim arbeitenden und lebenden Menschen, gilt, dass sie sich an den an sie herangetragenen Erwartungshaltungen orientieren können. Alltägliche Handlungsabläufe werden normiert und typisiert. Es entwickeln sich Gewohnheiten

und Routinen. Die derart auf Dauer gestellten Regelungen werden durch soziale Kontrolle und durch angedrohte Sanktionen abgesichert“ (Schroeter/Prahl 1999, S. 132).

Bei Eggert werden als Heimziele folgende Dinge genannt: „rationelle und kostensparende Versorgung [...] ablauforientierte[r] Umgang mit Struktur und Reglement“ (Eggert 1995, S. 25). Weiterhin heißt es an dieser Stelle, dass dazu ein beträchtliches Opfer zu erbringen ist: „individuelle und mitmenschliche Zuwendung und ein bewohnerorientierter Arbeitsstil bleiben auf der Strecke“ (ebd., S. 25). Auch bei Schroeter und Prahl finden sich interessante Fakten. Dort kann man nachlesen, dass die an das Pflegepersonal gerichteten Rollenerwartungen einer Doppelfunktion unterliegen. Auf der einen Seite stehen geragogische und psychosoziale Erwartungen wie Aktivierung und Betreuung, auf der anderen Seite medizinisch-pflegerische Anforderungen wie Blutentnahmen oder verschiedene Prophylaxen. Nicht immer ist es allerdings so, dass diese bewohnerzentrierte Betreuung auch so umgesetzt werden kann. Die beiden Autoren führen an, dass finanzielle Engpässe, personale Unterbesetzung, Überlastung und Burnout oder zweifelhafte strukturelle Rahmenbedingungen Gründe dafür sein können. Diese Faktoren führen wiederum beim Pflegepersonal oftmals zu Ernüchterung und einer Distanzierung zur eigenen Rolle (vgl. Schroeter/Prahl 1999, S. 135).

5.3.2 Das Altersheim als „totale Institution“

Inwiefern die Strukturen und organisatorischen Abläufe die Freiheit der Bewohner einengen, kann am Modell der „totalen Institution“ nach Goffman erläutert werden: „Das zentrale Merkmal einer ‚totalen Institution‘ ist die Aufhebung der Trennung der drei Lebensbereiche: Arbeiten, Freizeit und Schlafen. [...] ‚Total‘ steht sinnbildlich für die ‚Beschränkung des sozialen Verkehrs mit der Außenwelt sowie der Freizügigkeit‘, dadurch daß sich das Leben hauptsächlich innerhalb der Mauern abspielt“ (zit. n. Eggert 1995, S. 26). Die Bedeutung für das Altersheim, aber natürlich auch für die Bewohner dieser Einrichtung kann man an sechs Punkten festmachen:

1. Vollzug der Lebensaktivitäten an einem Ort und unter einer Autorität
2. Gleiche Tagesabläufe für alle Bewohner durch Tages- und Wochenpläne
3. Strukturierte Tagesabläufe mit reibungslosem Übergang in die einzelnen Phasen
4. Bestehen eines durchorganisierten Gesamtplans

5. Tatsächliche Funktionen bestehen im Managen menschlicher Bedürfnisse durch ablauforientierte, zweckrationale und bürokratische Strukturen
6. Altersheim als Wohn- und Lebenswelt für die Bewohner, aber reine Arbeitswelt für das Personal; soziale Integration des Personals in die Außenwelt

(vgl. Eggert 1995, S. 26)

Die Ausprägungsgrade der genannten Merkmale sind in der Realität sehr verschieden, aber dennoch war erst im Jahr 2009 in der Zeitschrift „Soziale Arbeit“ folgendes zu lesen: „In der ‚Breite der stationären Altenhilfe‘ existieren die Gefährdungen ‚der totalen Institution‘ nach wie vor. Es ist bisher nicht gelungen, im Hinblick auf eine umfassende Unterstützung für die zum Großteil schwer pflegebedürftigen Menschen einen Lebensort zu entwickeln, der sich an dem bisherigen Leben dieser Menschen in all seinen Facetten orientiert“ (Kleiner 2009, S. 56).

Die geringe Anziehungskraft von Altersheimen – oder auch stationären Pflegeeinrichtungen allgemein – auf die betagten Menschen dürfte damit belegt und auch nachvollziehbar sein. Die Bereiche Wohnen, Leben und Arbeiten unterliegen oft – aber nicht generell! – starren Organisationsstrukturen und Zweckrationalität, Kosteneinsparungen haben Vorrang. Die älteren und alten Menschen müssen sich häufig an feste Weck-, Essens- und Schlafenszeiten anpassen und Kontakte nach außen sind vielfach von der Tagesgestaltung der Heime abhängig. Nicht selten sind es weniger oder gar nicht die Bewohner, die bestimmen, sondern sie werden bestimmt (vgl. Eggert 1995, S. 26). Deutlich hervorheben will ich, dass das Modell der „totalen Institution“ nicht generell zutrifft, sondern stets auch abhängig ist von strukturellen Bedingungen sowie der materiellen und ideellen Qualität der Heime¹⁰.

6 Aufgaben und Anforderungen an die Soziale Arbeit

Worin liegen nun Aufgaben und Anforderungen für die Soziale Arbeit in Altersheimen? Bisher ging es um verschiedene Gründe, die zum Umzug in ein Altersheim führen. Ältere und alte Menschen haben oft keine andere Wahl, als sich für den Auszug aus ihrer bisherigen Wohnung zu entscheiden und wollen häufig

¹⁰ Ausführliche Erörterungen zu dieser Thematik liefert auch die Untersuchung „Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (ausführliche Quellenangabe siehe Literaturverzeichnis)

auch ihren Angehörigen nicht zur Last fallen. Den Schritt des Umzuges in ein Altersheim planen nur wenige Betagte selbst und im Voraus. Somit wird diese Umstellung also für einen Großteil dieser Menschen zum kritischen Lebensereignis, das zu einer Entwurzelung aus dem bekannten Leben und Alltag führt. Außerdem wurde dargelegt, welche (Angst-) Reaktionen die Betagten zeigen. Dabei wurde angedeutet, dass eine erfolgreiche Bewältigung der Ängste besonders schwierig ist, wenn eine Pflegebedürftigkeit plötzlich eintritt. Weiterhin fanden Bewältigungsstrategien der alten Menschen Nennung, mit denen sie versuchen, die neue Situation zu ordnen und die große Herausforderung zu bewältigen. Diesen Ausführungen folgend wurde das Altersheim als soziale Institution dargestellt sowie als mögliche „totale Institution“. Dort ist festgehalten, dass Merkmale einer „totalen Institution“ nach wie vor nicht beseitigt sind, aber die große Bandbreite der stationären Pflegeeinrichtungen keinesfalls „über einen Kamm geschoren“ werden darf. Daraus sollen nun Aufgaben und Anforderungen und schließlich Herausforderungen abgeleitet werden, die an die Soziale Arbeit gestellt werden.

6.1 Sozialarbeit mit alten Menschen vor dem Umzug in ein Altersheim

Der Einsatz der Sozialen Arbeit¹¹ ist bereits vor dem Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung wichtig. Deshalb soll es an dieser Stelle zunächst um die Arbeit mit alten Menschen gehen, die sich noch vor dem Eintritt in ein Altersheim befinden.

Ganz klar - und so wurde es bereits auch beschrieben -, ist es das Hauptanliegen der meisten alten Menschen, so lange wie möglich ein selbständiges Leben im privaten Haushalt zu führen. Deshalb ist es Aufgabe der Sozialarbeit, in Gesprächen herauszufinden, was in entsprechenden Situationen zunächst verändert und welche Unterstützungsleistungen beansprucht werden können, also welche Möglichkeiten ausschöpfbar sind, um den Umzug in ein Altersheim möglichst lange aufzuschieben. Ausgangspunkt aller Überlegungen muss dabei stets der alte Mensch selbst sein, der entweder aus physischen oder psychischen Gründen allein nicht mehr zu Recht kommt oder aber auch der Betagte, der ganz aktiv aus einer eigenen Entscheidung heraus den Umzug in ein Altersheim wählt (vgl. Adams 1996, S. 571f.). Laut Belardi ist es bei alten Menschen, die ihren Umzug planen auch möglich, einen Hausbesuch durchzuführen. Die Betagten werden dann, nach vorheriger Absprache, von einer Mitarbeiterin/einem Mitarbeiter aus

¹¹ Hier soll nicht zwischen ambulanter und stationärer Sozialarbeit unterschieden werden.

der Pflege oder vom Sozialdienst des Heims zuhause aufgesucht (vgl. Belardi 1999, S. 167). „Bei diesem Besuch geht es vor allem darum, die potenzielle Heimbewohnerin in ihren eigenen vier Wänden zu erleben, ihre Vorlieben, Bedenken und Wünsche (auch bezüglich des Umzugsgutes) kennen zu lernen. Weiterhin sollen auch Informationen für die Betreuungs- und Pflegeplanung (Gesundheitszustand, Ernährungsgewohnheiten, sonstige Angewohnheiten) gesammelt werden, um das Einleben zu erleichtern“ (ebd., S. 167).

6.1.1 Methodische Anforderungen an die Betreuung vor dem Umzug

„Es gibt viele, die uns etwas einreden wollen, aber wenige, die uns ausreden lassen.“

(Pietro Corelie, weitere Informationen unbekannt)

Die Aufgabe der Sozialarbeit besteht darin, zu klären, was in konkreten Situationen für ältere oder alte Menschen an Hilfen oder Veränderungen angebracht erscheint. Der Wille der Betagten hat dabei stets Priorität und unter dieser Maxime ist eine Lösung zu erarbeiten. Zunächst ist es dazu erforderlich, mit dem alten Menschen persönlich zu sprechen und dessen Vorstellungen kennenzulernen. An *erster* Stelle des professionellen Vorgehens sollten also erschließende Gespräche stehen. Abzuklären ist dann meist, ob ein Verbleib zuhause oder bei Angehörigen möglich ist oder aber, ob ein Umzug ins Altersheim nötig wird. Der Entscheidungsspielraum nimmt stark ab, wenn eine andauernde Begleitung oder Pflege nicht mehr abzuwenden ist. Erst, wenn die Gespräche mit den alten Menschen beendet und auch zu einer Klärung gekommen sind, werden Unterredungen mit den Angehörigen der nächste Handlungsschritt sein. Möchte ein betagter Mensch in seiner vertrauten Umgebung verbleiben, so kann die Vermittlung ambulanter Hilfen an den alten Menschen durchaus noch ein eigenständiges Leben gewährleisten (vgl. Adams 1996, S. 572).

Es ist also von großer Bedeutung, sowohl mit den betagten Menschen, wie auch mit deren Angehörigen zu sprechen. Es muss frühzeitig besprochen werden, was sich die älteren und jüngeren Menschen gegenseitig zumuten können und wollen. Zu klären sind wichtige Aspekte wie beispielsweise welches Maß an Nähe gewünscht ist, die Frage, ob die Bereitschaft für eine längerfristige Pflege vorhanden ist oder auch das Thema, ob eine langwierige Pflege überhaupt zu leisten ist. Bedeutungsvoll ist ebenfalls die Abklärung, in welcher Beziehung sich der Betagte zum potenziell pflegenden Mensch befindet (vgl. ebd., S. 572).

Nicht selten erfolgt die Aufnahme der alten Menschen in den eigenen Haushalt, weil sich die Angehörigen einen gesellschaftlichen und moralischen Druck ausgesetzt fühlen. Somit ist es auch Aufgabe, die Motivlage der Angehörigen zu hinterfragen. Beweggründe zur Aufnahme der Betagten sind schnell genannt, aber tatsächliche Motive sind oft erst in Gesprächen aufdeckbar. Von Sozialarbeitern erfordert dies ein hohes Maß an Empathie und Sensibilität in der Gesprächsführung (vgl. Adams 1996, S. 573).

Die Gespräche, die mit dem alten Menschen geführt werden, sollten zum Ziel haben, dass dieser sich Gedanken macht, wie sein weiteres Leben im Falle einer schweren Erkrankung aussehen kann und welche Erwartungen er an seine Angehörigen und die pflegenden Personen hat. Wichtig ist, dem alten Menschen eine Beteiligung und das Mittragen der Verantwortung an der Entscheidung zu ermöglichen. Aufgabe des Sozialarbeiters ist es nicht, Entscheidungen abzunehmen, sondern er sollte den Betroffenen ihre Eigenverantwortung klarmachen und Umsetzungsmöglichkeiten aufzeigen (vgl. ebd., S. 573).

Schließlich nennt Adams auch die Notwendigkeit, dass bei der Klärung der Motive der Angehörigen auch die Wohnbedingungen sowie materielle und finanzielle Aspekte der Betagten zu beachten sind. Oft stellen demnach Sozialarbeiter fest, dass Angehörige verdeckte Erwartungen an finanzielle Vorteile haben, wenn sie ihre betagten Verwandten aufnehmen. Dies kann sich allerdings negativ auf die Betreuung der alten Menschen auswirken (vgl. ebd., S. 573f.).

6.1.2 Hilfestellungen in Pflegesituationen durch die Soziale Arbeit

Ein weiterer bedeutender Punkt ist, was professionelle sozialarbeiterische Begleitung während einer Pflegesituation bieten kann. Zu nennen sind dabei die Vermittlung praktischer Unterstützungen durch Tagespflegen, Selbsthilfegruppen oder auch technischer Hilfen sowie die Kontaktherstellung zu patientenzentrierten Selbsthilfegruppen, die unmittelbar den alten Menschen ansprechen. Außerdem sind die pflegenden Angehörigen darüber aufzuklären, dass sie ein Recht auf Erholungs- und Urlaubsphasen haben und diese auch unbedingt einplanen sollten, denn eine Abgrenzung zur Pflegesituation ist sehr wichtig. Die Angehörigen haben zudem auch einen Anspruch auf eigene Kontakte, Interessen, Eigenständigkeit und Gestaltungsmöglichkeiten (vgl. Adams 1996, S. 574).

Allgemein ist zu sagen, dass Gespräche sowohl mit den Betagten, als auch mit den Angehörigen stets parallel stattfinden sollten und auch immer neu anberaumt werden müssen. Der Grundsatz, dass Forderungen wichtig und notwendig, aber Überforderungen zu vermeiden sind, sollte für beide Seiten gelten (vgl. ebd., S. 574). Dazu führt Adams weiter aus: „Dies wird nur gelingen, wenn sich die Pflegenden und die alten Menschen eigene Reflexionsmöglichkeiten verschaffen und ihre konkrete Situation als nicht endgültig, sondern als zu ihrem Lebens- und Reifungsprozeß gehörend empfinden“ (ebd., S. 574).

Zudem weist Adams auch darauf hin, dass viele Angehörige in Pflegesituationen vor besonderen Problemen¹² stehen, die auch dann nicht verschwinden, wenn der alte Mensch verstirbt oder in eine stationäre Pflegeeinrichtung übersiedelt. Oft sind es ungelöste Beziehungsprobleme oder Schuldgefühle und Selbstvorwürfe, die bestehen bleiben (vgl. Adams 1996, S. 575). Die Bedeutung psychosozialer Interventionen durch die Soziale Arbeit wird hier sehr deutlich und stellt für mich eine weitere Aufgabe in der Begleitung dar.

6.2 Sozialarbeit mit alten Menschen im Altersheim

Die Tatsache, dass heute die meisten alten Menschen so lange wie möglich in ihrem Privathaushalt leben hat zur Folge, dass sich das Eintrittsalter in ein Altersheim wesentlich erhöht hat. „Für die Sozialarbeit bedeutet dieser Anstieg des durchschnittlichen Lebensalters der BewohnerInnen eine Zunahme von Hilfestellungen bei altersbedingten Krisen, eine verstärkte Betreuungsleistung für demente alte Menschen [...] und Übernahme von Sterbebegleitung“ (Adams 1996, S. 577).

Der Aufenthalt in einem Heim bedeutet für die Betagten eine umfassende Herabsetzung sozialer Rollen und den Verlust bisher gelebter Tätigkeiten in der Häuslichkeit. Je mehr die Bewohner einem durchorganisierten Tagesablauf ausgesetzt sind, umso stärker erleben sie ihre Situation als unveränderbar. Eine Hauptaufgabe der Sozialarbeiter besteht darin, den Heimbewohner durch eine intensive Begleitung beim Einzug auf diese Situation vorzubereiten. Nötig sind dazu zunächst viele Einzelgespräche, um dem alten Menschen in der Eingewöhnungsphase und bei der Integration in das Heim behilflich zu sein. Um eine weitestgehend selbständige Gestaltung des Tagesablaufes durch den Bewohner zu för-

¹² vgl. dazu Ausführungen unter Gliederungspunkt 4.3

dern, sollte ein Sozialarbeiter darauf achten, Angebote aufzuzeigen, die der Betagte unabhängig ausführen kann. Auszurichten sind die Vorschläge immer an der Biographie und an den bisherigen Lebensgewohnheiten der alten Menschen, denn es soll darum gehen, die Interessen der Bewohner wahrzunehmen. Da auch immer wieder von einer sinnvollen Mitwirkung und Beschäftigung der Heimbewohner gesprochen wird, könnten diese zum Beispiel bei der Planung von Freizeiten mitarbeiten (vgl. ebd., S. 577f.).

6.2.1 Mitarbeiterbezogene Aufgaben der Sozialarbeit in Altersheimen

Als wichtigste mitarbeiterbezogene Aufgabe ist wohl die Bereitschaft der Sozialarbeiter zu nennen, für die Heimmitarbeiter als Ansprechpartner zu Verfügung und bei kritischen Situationen zur Seite zu stehen. Oft ist dabei ein „Drahtseilakt“ zwischen dem Klientel und dem Pflegepersonal gefragt. Aufgabe einer empathischen Arbeitsweise ist es dann, beide Seiten immer wieder in vermittelnde Gespräche zu führen (vgl. Adams 1996, S. 578).

Als weiterer Beitrag der Sozialarbeit kann die Förderung und Qualifizierung der Heimmitarbeiter in arbeitsspezifischen Fragen und allgemeinen beruflichen Belangen genannt werden. Ebenfalls fällt es in ihren Aufgabenbereich, Supervisionen zu vermitteln. Adams weist allerdings zu diesem Aspekt darauf hin, dass – trotz eventuell vorhandener Qualifikation – die interne Supervision durch den Sozialarbeiter selbst umstritten ist. Vielmehr bietet sich die Rolle des Moderators an. Sozialarbeiter haben ebenso Handlungsspielräume für psychosoziale Tätigkeiten des Pflegepersonals zu erarbeiten. Nicht selten ist es dem Personal wegen Überlastungen oder fehlender sozialpädagogischer Ausbildungen nicht beziehungsweise kaum möglich, Erlebnis- und Gesprächsgruppen selbst zu planen oder gar zu begleiten (vgl. ebd., S. 578).

Ebenfalls gehört es zur Aufgabe der Sozialarbeit, mit Praktikanten und ehrenamtlichen Helfern zu arbeiten. Die Integration dieser Mitarbeiter stellt nach Adams eine „Organisationsentwicklungsaufgabe“ dar. Der Sozialarbeiter muss auch damit rechnen, zwiespältige Haltungen von hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeitern auffangen und ausgleichen zu müssen (vgl. ebd., S. 579).

Über die bisher genannten Aufgaben hinaus sind Kontakte zu anderen Institutionen und Kollegen zu knüpfen. Dies dient der Entwicklung träger- und institutionsübergreifender Kooperationsmöglichkeiten (vgl. Adams 1996, S. 579).

6.2.2 Sozialarbeit mit Angehörigen der Heimbewohner

Für die Sozialarbeit stellt sich das Verhältnis zwischen dem Pflegepersonal und den Angehörigen als interaktionelles Problemfeld heraus. Das Altersheim verbindet viele Angehörige mit Undurchschaubarkeit und wenig Transparenz. Aufgabe des Sozialarbeiters ist es, durch Informationen über das Heim dessen Arbeitsweise zu vermitteln und näher zu bringen. Des Weiteren setzt sich der Sozialarbeiter mit Beziehungsfragen auseinander und bespricht auch mit den Angehörigen die „Schuldfrage“. Besonders an dieser Stelle stehen sie unter starker Spannung: Nicht selten geschieht es, dass Mitarbeiter unterstellen, Angehörige hätten ihre betagten Verwandten „abgeschoben“. Dazu kommt obendrein noch der gesellschaftliche Druck, dass die Unterbringung alter Menschen im Heim verwerflich sei. Zur Folge hat dies, dass Angehörige oft die große Arbeitsbelastung des Pflegepersonals nicht anerkennen (können) und auch Auffälligkeiten der alten Menschen falsch einschätzen, was wiederum zu Vorwürfen gegenüber dem Personal führen kann. Daher ist es besonders wichtig, dass auch Angehörige in Konfliktregulierungen einbezogen werden. Der Aufwand dieser Beziehungs- und Verständnisarbeit stellt generell eine Notwendigkeit dar und angesichts der Zunahme verwirrter und dementer Heimbewohner und der damit verbundenen Irritationen bei Angehörigen und Pflegepersonal wird er noch viel unverzichtbarer (vgl. Adams 1996, S. 579).

7 Herausforderungen für die Soziale Arbeit

„Die größte Kulturleistung eines Volkes sind die zufriedenen Alten.“

(Japanisches Sprichwort)

Sozialarbeitern kommt eine Vielzahl von Aufgaben und Anforderungen zu. Zum einen solche, die im Zusammenhang mit einem bevorstehenden Umzug alter Menschen in ein Altersheim verbunden sind und zum anderen auch jene, die den Umzug selbst und die (erste) Zeit im Heim betreffen. Hinzu kommt, dass der Sozialarbeiter auch stets die Angehörigen und das Pflegepersonal zu berücksichtigen hat. Aus den umfangreichen beschriebenen Aufgaben treten dabei einige Aspekte heraus, die für mich Herausforderungen an die Soziale Arbeit darstellen.

7.1 Umfassende Informationen, Biographiearbeit und Selbstbestimmung

Einen wichtigen Ansatzpunkt Sozialer Arbeit sehe ich darin, schon weit im Vorfeld eines anstehenden Einzuges in eine stationäre Pflegeeinrichtung ältere und alte Menschen sowie deren Angehörige über deren Rechte zu informieren. Eine Aufklärung darüber, welche Möglichkeiten zunächst ausgeschöpft werden können, bevor der Umzug in Erwägung gezogen werden muss, ist meines Erachtens nach von großer Bedeutung. Zudem hörten wir bereits im ersten Semester in einer Veranstaltung bei Prof. Dr. Dr. Zurhorst, dass die Individualisierung und Pluralisierung in der heutigen Zeit den Beratungsbedarf aller Menschen erhöht. Die frühzeitige Vermittlung des Wissens darüber, welche Ansprüche Betagte haben, um möglichst lange in der eigenen Wohnung verbleiben zu können, betrachtete ich als eine der Herausforderungen, denen sich die Soziale Arbeit stellen muss¹³.

In der Altenpflege ist man bemüht, die Lebensgeschichte der alten Menschen einzubeziehen. Die Biographiearbeit stellt somit eine wichtige Komponente dar. Besonders bei der Pflege und Betreuung an Demenz erkrankter alter Menschen ist die Biographiearbeit unerlässlich. In Anbetracht der Tatsache, dass demenzielle Erkrankungen immer mehr zunehmen, sehe ich an dieser Stelle auch einen steigenden Bedarf besonders das Pflegepersonal für diesen Bereich der Arbeit zu sensibilisieren.

Als mit Abstand wichtigste Herausforderung Sozialer Arbeit in Altersheimen – beziehungsweise allgemein in stationären Pflegeeinrichtungen – definiere ich die *Förderung und Forderung der Selbstbestimmung* der alten Menschen. „Hierzu ist an erster Stelle ein radikales Umdenken und eine Umstrukturierung der ‚inneren Gesetzmäßigkeiten‘ in Einrichtungen erforderlich. [...] Es gilt, die inne Logik der Heimstruktur vom Kopf auf die Füße zu stellen: Oberstes Ziel ist nicht der reibungslose Ablauf [...], sondern die Neubestimmung und Neudefinition von Heimalltag unter der Prämisse einer möglichst selbstbestimmten und selbständigen Lebensführung der Bewohner/innen“ (Häußler-Sczepan 1998, S. 161). Besonders herauszustellen ist meiner Ansicht nach dabei die Selbstbestimmung der Betagten. Wenn auch mit zunehmendem Schweregrad von Erkrankungen eine

¹³ Begründen möchte ich diese Forderung auch damit, dass es mir bei Befragungen alter Menschen, die im Rahmen der unter Gliederungspunkt 1.1 erwähnten Belegarbeit bei Prof. Dr. Beetz durchgeführten wurden auffiel, dass einige der Befragten aussagten, sie wären nicht oder nur unzureichend über ihre Ansprüche und Möglichkeiten zum Verbleib in der eigenen Wohnung informiert gewesen.

Selbständigkeit nicht mehr gewährleistet werden kann, so ist es aber umso wichtiger, zu jeder Zeit die Selbstbestimmung der alten Menschen zu sichern.

7.2 Förderung des Zusammenwirkens von Pflegepersonal und Angehörigen

Nicht selten kommt es zu Problemen und Missverständnissen zwischen den Angehörigen der Heimbewohner und dem Pflegepersonal. Angehörigen versuchen zuweilen, sich beim Pflegepersonal Respekt, Anerkennung und Einfluss zu verschaffen, um ihren bisherigen Bemühungen bei der Pflege der Angehörigen einen Stellenwert zu geben. Das Pflegepersonal wiederum beschuldigt Angehörige manchmal, ihre betagten Verwandten ins Altersheim „abgeschoben“ zu haben. Als Herausforderung für die Soziale Arbeit sehe ich hier die Vermittlungsarbeit zwischen den Parteien. Zum einen ist den Angehörigen zu verdeutlichen, dass sie mit ihren familiären Bindungen nicht ersetzbar sind und das Heim lediglich Hilfen und Leistungen erbringt (vgl. Belardi 1999, S. 174). Zum anderen geht es laut Steiner-Hummel darum, dass die Mitarbeiter den Angehörigen einen Platz in der Institution schaffen, der es ermöglicht, sie aktiv in die Betreuung und Pflege der alten Menschen einzubeziehen (Steiner-Hummel 2004, S. 8).

7.3 Abschließende Würdigung

Abschließen möchte ich diese Arbeit mit zwei Gedanken, die meiner Meinung nach in der Zeitschrift „Soziale Arbeit“ treffend formuliert wurden:

„Auch wenn sich das Altenheim [...] mehr und mehr zu einer Pflegeeinrichtung für Menschen entwickelt hat, die aus unterschiedlichen Gründen in ihrer häuslichen Umgebung nicht mehr leben können, und wir wissen, dass die Menschen in einem immer höheren Lebensalter mit steigender Pflegeintensität in eine Pflegeeinrichtung gehen, ist es trotzdem [...] erforderlich, Konzepte zu entwickeln, die bereits im Vorfeld, also im häuslichen ambulanten Bereich ansetzen, um bereits hier frühzeitig und umfassend Unterstützung präventiv und zugehend leisten zu können“ (Kleiner 2009, S. 57).

„Heime müssen sich aus bestehenden reglementierenden Strukturen der Institution lösen und zu überschaubaren Lebensorten werden, in denen angepasst an die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner eine ressourcenorientierte Wohn- und Lebenssituation gestaltet und Pflege, Unterstützung

und Begleitung unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts der alten Menschen umgesetzt werden kann“ (ebd., S. 58).

Dies sind Aspekte, in die die Soziale Arbeit ihre Fachkompetenz einbringen und entscheidend mitwirken kann, lebensweltorientierte Konzepte zu entwickeln.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Adams, K.-A. (1996): Die Aufgaben von Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen/Pädagoginnen im Arbeitsfeld Altenheim. In: Klüsche, W. (Hrsg.): Die Herausforderung des Alters. Antworten der Sozialen Arbeit in Europa., Bericht zum 2. Europäischen Symposium für Soziale Arbeit, Band 16, S. 571 – 581, Mönchengladbach: Fachhochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen

Backes, G. M., Clemens, W. (1998): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim und München: Juventa

Belardi, N., Fisch, M. (1999): Altenhilfe: Eine Einführung für Studium und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz

Buijssen, H. (1997): Die Beratung von pflegenden Angehörigen., neu ausgestattete Sonderausgabe., Weinheim und Basel: Beltz

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1998): Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alten. Drucksache 13/9750 vom 28.01.98, Bonn

Deutsches Statistisches Bundesamt (2009): Im Jahr 2060 wird jeder Siebente 80 Jahre oder älter sein. Pressemitteilung Nr.435 vom 18.11.2009, http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/11/PD09_435_12411.templateId=renderPrint.psml, verfügbar am 03.12.2009

DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen) (2002a): Presseinformationen: Alterssurvey 2002 – Auf einen Blick. Die materielle Lage in der zweiten Lebenshälfte. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen
http://www.dza.de/nn_12036/SharedDocs/Publikationen/AS_2002_Presse_Materielle-Lage.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/AS_2002_Presse_Materielle-Lage.pdf, verfügbar am 11.12.2009

DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen) (2002b): Presseinformationen: Alterssurvey 2002 – Auf einen Blick. Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen
http://www.dza.de/nn_12036/SharedDocs/Publikationen/AS_2002_Presse_Gesundheit.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/AS_2002_Presse_Gesundheit.pdf, verfügbar am 11.12.2009

DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen) (2002c): Presseinformationen: Alterssurvey 2002 – Auf einen Blick. Familie und Generationen im Wandel. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen
http://www.dza.de/nn_12036/SharedDocs/Publikationen/AS_2002_Presse_Familie.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/AS_2002_Presse_Familie.pdf, verfügbar am 14.12.2009

Eggert, G. M. (1995): Zur potentiellen Bedeutung der Netzwerkarbeit für den sozialen Dienst in der stationären Altenhilfe., Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge

Falk, J. (2004): Basiswissen Demenz: Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität., Weinheim und München: Juventa

Garms-Homolová, V., Schaeffer, D. (1992): Versorgung alter Menschen: Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen. Freiburg: Lambertus

Gerdau, M. (2007): Wohnen im Alter – Wohnformen und Maßnahmen zur Optimierung des Wohnumfeldes. 1. Auflage, Studienarbeit. Norderstedt: GRIN
<http://books.google.com/books?id=h8R7B4IFx5QC&printsec=frontcover&dq=Wohnformen+Alter&hl=de#v=onepage&q=&f=false>, verfügbar am 16.12.2009

Hametner, I. (2007): 100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Hannover: Brigitte Kunz Verlag
<http://books.google.com/books?id=1IGR3dR1qE8C&pg=PA60&dq=Demenz+Bew%C3%A4ltigungsstrategien&hl=de&cd=1#v=onepage&q=Demenz%20Bew%C3%A4ltigungsstrategien&f=false>, verfügbar am 08.01.2010

Hasseler, M., Meyer, M. (Hrsg.) (2004): Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern., Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
<http://books.google.com/books?id=oUw9ZAVCklQC&pg=PA22&dq=Grenzen+h%C3%A4usliche+Pflege&hl=de&cd=8#v=onepage&q=Grenzen%20h%C3%A4usliche%20Pflege&f=false>, verfügbar am 03.01.2010

Häußler-Scepan, M. (1998): Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen. Integrierter Gesamtbericht zur gleichnamigen Untersuchung., Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), 1. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer

Heinemann, H. (2002): Der Vierte Altenbericht – Ausgewählte Befunde und Empfehlungen (Teil 2).
http://www.dza.de/nr_5072/SharedDocs/Publikationen/Altenbericht_20Publikationen/heinemann_vierteraltenbericht.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/heinemann_vierter_altenbericht.pdf, verfügbar am 11.12.2009

Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (2006): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie., 2. Auflage, München: Reinhardt UTB

Kleiner, G. (2009): Soziale Arbeit in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Entwicklungslinien – Widersprüche – Orientierungen. In: Soziale Arbeit 2.2009. Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete., Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen und Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales des Landes Berlin (Hrsg.), Heftnummer: A 20071E, S. 54 – 58

Klingensfeld, H. (1999): Heimübersiedlung und Lebenszufriedenheit älterer Menschen. Person- und Umweltfaktoren und ihr Einfluß auf die Anpassungsleistung an das Heimleben. Europäische Hochschulschriften: Reihe 6, Psychologie, Bd. 643, Frankfurt am Main: Lang

Künzel-Schön, M. (2000): Bewältigungsstrategien älterer Menschen: Grundlagen und Handlungsorientierungen für die ambulante Arbeit. Weinheim und München: Juventa

Larisch, K. (2009): Wohnformen. Betreutes Wohnen.
<http://www.netdoktor.de/Gesund-Leben/Alter+Pflege/Wohnformen/Betreutes-Wohnen-6174.html>, verfügbar am 22.12.2009

Lehr, U. (2003): Psychologie des Alterns., 10., korrigierte Auflage, Wiebelsheim: Quelle & Meyer

Lenz, K., Rudolph, M., Sickendiek, U. (Hrsg.) (1999): Die alternde Gesellschaft: Problemfelder gesellschaftlichen Umgangs mit Altern und Alter. Weinheim und München: Juventa

Meyer, M. (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland: Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen., Hamburg: Lit Verlag
http://books.google.de/books?id=0SG5v4B0T_IC&printsec=frontcover#v=onepage&q=&f=false,
verfügbar am 02.01.2010

Motel-Klingebiel, A., Künemund, H., Bode, Ch. (2005): Wohnen und Wohnumfeld. In: Kohli, M., Künemund, H. (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte: Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey., 2., erweiterte Auflage, S. 125 – 175, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Pichler, J. (2009): Wohnformen. Senioren-WGs.
<http://www.netdoktor.de/Gesund-Leben/Alter+Pflege/Wohnformen/Senioren-WGs-6182.html>,
verfügbar am 22.12.2009

Schäfers, B., Zapf, W. (Hrsg.) (2001): Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. 2., erw. u. aktualis. Aufl., Opladen: Leske + Budrich

Schroeter, K. R., Prah, H.-W. (1999): Soziologisches Grundwissen für Altenhilfeberufe. Ein Lehrbuch für die Fach(hoch)schule. Weinheim und Basel: Beltz

Steiner-Hummel, I. (2004): Die Heimübersiedlung: Was Angehörige erwarten – was Angehörige brauchen.
<http://www.seniorentreff.de/koeln/angehoerige/heimsied.pdf>, verfügbar am 20.01.2010

Tews, H. P. (1994): Alter und Altern in unserer Gesellschaft. In: Reimann, H. und Reimann, H. (Hg.): Das Alter: Einführung in die Gerontologie, 3., neu bear. Auflage, S. 30 – 73, Stuttgart: Enke

Reimann, H. (1994): Wohnverhältnisse und Wohnbedürfnisse älterer Menschen. In: Reimann, H. und Reimann, H. (Hg.): Das Alter: Einführung in die Gerontologie, 3., neu bear. Auflage, S. 140 – 163, Stuttgart: Enke

Ullrich, I. (1995): Mit Angst umgehen in der stationären Altenhilfe. In: Blonski, H. (Hrsg.): Alte Menschen und ihre Ängste: Ursachen, Behandlung, praktische Hilfen., Reinhardts Gerontologische Reihe, Bd. 11, S. 167 – 181, München: Reinhardt

Wahl, H.-W., Wetzler, R. (1998): Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Privathaushalten. Integrierter Gesamtbericht zum gleichnamigen Forschungsprojekt., Band 111.1, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998), Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer

Erklärung zur selbständigen Anfertigung der Arbeit

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Roßwein, 27.01.2010

Anja Morgenstern